



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA • PORTO • VISEU

**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL NUMA
COMUNIDADE PORTUGUESA:
UMA ESCALA PARA CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE
ORAL EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:

Johnny Da Silva Martins

Viseu, 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA • PORTO • VISEU

**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL NUMA
COMUNIDADE PORTUGUESA:
UMA ESCALA PARA CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE
ORAL EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:

Johnny Da Silva Martins

Orientador

Professor Doutor Nélio Jorge Veiga

Co-orientadora

Mestre Filipa Bexiga

Viseu, 2017

Dedicatória

Aos meus pais e ao meu irmão

José Machado Martins

Maria de Fatíma Silva Correia Martins

Nuno Manuel Martins

“Bear in mind that the wonderful things you learn in your schools are the work of many generations. All this is put in your hands as your inheritance in order that you may receive it, honor it, add to it, and one day faithfully hand it on to your children.”

ALBERT EINSTEIN

Agradecimentos

Ao meu muito estimado orientador, Prof. Doutor Nélio Veiga, por me guiar sabiamente neste árduo caminho, por todo o tempo disponibilizado e calma transmitida.

Aos Meus Pais, José Martins e Fátima Martins e ao meu irmão Manuel Martins por me terem dado Força, amor, felicidade e também por todo esforço que fizeram para que fosse possível concluir esta etapa da minha vida. São meu maior orgulho! Obrigado pelo amor, alegria e atenção sem reservas. Aos meus tios, Fernando Pedro e Encarnação Pedro e Filhos Nando Pedro Anabela Pedro por amor e todo apoio que me deram aqui em Viseu.

A todos meus outros tios e tias primos que se fosse a mencionar nesta minha tese ultrapassaria o número máximo de páginas permitido. Um grande obrigado do coração.

Um grande especial obrigado à Vanessa Xavier, que no meu percurso de vida pessoal e profissional me ajudou no meu crescimento, e nos momentos de desânimo esteve comigo incentivando-me a continuar o caminho.

Aos meus colegas, Miguel Sá Morais, Kevin Melo, Daniel Santos, Viriato Gomes, Francisco Pereira, Rafael Silva por me terem dado uma amizade profunda e verdadeira, por me terem ajudado nos momentos difíceis e me terem dado apoio e força para superar todos desafios.

Ao meu estimado binómio Pedro Andrade pela amizade e confiança pela construção do conhecimento adquirido ao longo deste percurso académico.

Às escolas em estudo, na qual me foi permitida a recolha de dados.

À Universidade Católica, MIMD e todos os docentes e discentes que contribuíram para a construção desta tese e da minha futura carreira.

Resumo

Introdução: A cárie precoce na infância é uma das doenças mais prevalentes da população mundial escolarizada, manifestando-se pela presença de pelo menos um dente cariado, ausência de um dente ou existência de uma obturação num dente temporário.

Objetivos: Avaliar os conhecimentos e as práticas dos jovens no que se refere aos comportamentos de saúde oral, assim como a criação de uma escala para classificação dos mesmos comportamentos de saúde oral. Os objetivos específicos passam por verificar quais os comportamentos dos adolescentes no consumo de álcool e tabaco; caracterizar os comportamentos de saúde oral dos adolescentes e criar uma escala para classificação do nível de comportamentos de saúde oral nos adolescentes portugueses.

Métodos: Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal, recorrendo à perspetiva descritivo-correlacional. A amostra do estudo é constituída por 694 crianças e jovens, com idades entre os 12-18 anos, pertencentes aos distritos de Viseu e Guarda. A recolha de dados foi realizada através da autoaplicação de um questionário baseado na escala para a classificação dos comportamentos de saúde oral dos adolescentes e da observação intraoral.

Resultados: Na análise dos resultados obtidos, foi definida uma escala para a classificação dos comportamentos de saúde oral dos adolescentes, onde se concluiu que a maioria dos alunos não consome álcool nem possui hábitos tabágicos (n=363; 83,1% e n=416; 95,6%). Na saúde oral, a maioria dos alunos escova os dentes todos os dias (n=346; 79,4%), entre 1-5 vezes por dia, durante o período da manhã e antes de deitar e complementado pela utilização de pasta com fluor, apesar da maioria não utilizar fio dentário (n=388; 66%). Quanto à consulta ao dentista, a maioria dos alunos teve uma consulta durante os últimos 12 meses, devido à rotina, tratamento de dentes estragados/cariados e dor de dentes. As diferenças encontradas entre ambos os géneros prendem-se com a maior escovagem diária e utilização de fio dentário no género feminino, o que apresenta um maior cuidado oral comparativamente ao género masculino. Analisando a amostra incluída no presente estudo, verificamos após aplicação da escala criada, que 67,9% da amostra apresenta, na sua globalidade, comportamentos de saúde oral insuficientes, 23,9% intermédia/suficiente e apenas 8,2% apresentam o que é considerado na escala como tendo uma boa classificação em termos

de comportamentos de saúde oral respeitando os pressupostos definidos para a elaboração da presente escala.

Conclusões: A prevenção da saúde oral das crianças e jovens a nível familiar e escolar deve ser baseada numa higiene oral adequada, utilização de fluor, fio dentário, diminuição da ingestão de alimentos açucarados, consultas regulares ao dentista, informação sobre os cheques-dentista, frequência de ações de formação ou participação nos rastreios a nível nacional. Também é crucial a constituição da escala, uma vez que permite comparar dados de diversos alunos e compreender os hábitos de saúde oral ou alimentares mais frequentes.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie dentária, saúde oral, adolescentes, escala.

Abstract

Introduction: Early childhood caries is one of the most prevalent diseases in the world's schooling population, manifested by the presence of at least one decayed tooth, absence of a tooth or existence of a filling in a temporary tooth.

Aims: To evaluate the knowledge and practices of young people regarding oral health behaviors, as well as the creation of a scale to classify the same oral health behaviors. The specific objectives are to verify the behavior of adolescents in alcohol and tobacco consumption; to characterize adolescents' oral health behaviors and to create a scale for classifying the level of oral health behaviors among Portuguese adolescents.

Methods: A cross-sectional observational epidemiological study was performed, using a descriptive-correlational perspective. The sample of the study consists of 694 children and young people, aged between 12-18 years, belonging to the districts of Viseu and Guarda. Data collection was done through the self-application of a questionnaire based on the scale for the classification of oral health behaviors of adolescents and intraoral observation.

Results: In the analysis of the results obtained, a scale was defined for the classification of oral health behaviors of adolescents, where it was concluded that the majority of the students did not consume alcohol or have no smoking habits ($n = 363$, 83.1%, $n = 416$; , 6%). In oral health, most students brush their teeth every day ($n = 346$, 79.4%), between 1-5 times a day, in the morning and before bedtime and supplemented by the use of fluoride paste , although the majority did not use dental floss ($n = 388$; 66%). As for consulting the dentist, most of the students had a consultation during the last 12 months, due to routine, treatment of damaged / decayed teeth and toothache. The differences found between both genders relate to the greater daily brushing and the use of dental floss in the feminine gender, which presents a greater oral care compared to the male gender. Analyzing the sample included in the present study, we verified, after application of the scale created, that 67.9% of the sample presented, overall, poor oral health behaviors, 23.9% intermediate / sufficient and only 8.2% presented what is considered in the scale as having a good classification in terms of oral health behaviors respecting the assumptions defined for the elaboration of the present scale.

Conclusions: The oral health prevention of children and young people at school and family level should be based on adequate oral hygiene, use of fluoride, dental floss,

reduction of sugary food intake, regular visits to the dentist, training or participation in screening at national level. The constitution of the scale is also crucial, since it allows comparing data from several students and understanding the most frequent oral or eating habits.

KEYWORDS: Dental caries, oral health, adolescents, scale.

Índice

Introdução	3
1. Enquadramento Teórico	7
1.1. Saúde Oral.....	7
1.2. Cárie Dentária	8
1.2.1. Fatores etiológicos da cárie dentária	9
1.2.2. Epidemiologia da cárie dentária	11
1.2.3. Prevenção e tratamento não-invasivo da cárie dentária	12
1.2.4. Cárie precoce na infância	14
1.3. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral	16
1.3.1. Evolução.....	16
1.3.2. Medidas implementadas.....	17
1.4. Papel da Escola na Promoção da Saúde Oral.....	19
1.4.1. Intervenientes	19
1.4.2. Educação / Prevenção.....	20
2. Objetivos.....	25
2.1. Objetivo geral	25
2.2. Objetivos específicos	25
3. Materiais e Métodos	29
3.1. Tipo de estudo.....	29
3.2. Variáveis de estudo	29
3.3. População e amostra	30
3.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	30
3.4. Instrumento de recolha de dados	33
3.5. Análise estatística	33
4. Resultados.....	37
4.1. Consumo de álcool e hábitos tabágicos.....	37
4.2. Hábitos de higiene oral e perceção da saúde oral.....	38
4.3. Vigilância da saúde oral	41
4.4. Saúde oral	42
4.5. Hábitos alimentares	43
4.6. Suplemento de fluor	44
4.7. Análise clínica	45
4.8. Variáveis demográficas vs Hábitos de higiene oral	47
4.9. Perceção da saúde oral vs Hábitos de higiene oral.....	50

4.10.	Hábitos de higiene oral vs CPOD.....	51
4.11.	Percepção da saúde oral vs CPOD	53
4.12.	Variáveis demográficas vs CPOD	54
4.13.	Hábitos alimentares vs CPOD	55
5.	Discussão	69
5.1.	Discussão dos resultados	69
5.2.	Limitações de estudo	76
6.	Conclusões.....	80
7.	Referências Bibliográficas.....	84
Anexo	92

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra pelo género, e mínimo, máximo, média e desvio-padrão das idades.....	31
Tabela 2- Distribuição da amostra pelo ano de escolaridade e pelo género.....	31
Tabela 3- Distribuição da amostra pela escola e zona de residência.....	32
Tabela 4- Distribuição da amostra pelas habilitações académicas do pai, da mãe e do encarregado de educação (EE)	32
Tabela 5- Caracterização do consumo de álcool e tabaco por género, idade média e para a amostra total	37
Tabela 6- Perceção acerca da saúde oral	38
Tabela 7- Comportamentos de higiene oral.....	40
Tabela 8- Descrição da vigilância da saúde oral	41
Tabela 9- Descrição da prevenção.....	42
Tabela 10- Descrição da saúde oral.....	43
Tabela 11- Descrição dos hábitos alimentares	44
Tabela 12- Descrição da suplementação com flúor.....	45
Tabela 13- Mínimos, máximos, médias e desvios-padrão de dentes cariados, perdidos, obturados e CPOD	46
Tabela 14- Hábitos de higiene oral vs. Idade	47
Tabela 15- Hábitos de higiene VS. habilitações literárias dos pais.....	48
Tabela 16- Comportamentos de higiene oral VS. género e local de residência	49
Tabela 17- Hábitos de higiene oral vs. perceção da saúde oral	50
Tabela 18- Hábitos de higiene oral vs. informação sobre higiene e saúde oral	51
Tabela 19- Comportamentos de higiene oral e pontuações no CPOD e cpod.....	53
Tabela 20- Habilitações literárias dos pais VS. CPOD e cpod.....	55
Tabela 21- Consumo de álcool e alimentos açucarados VS. CPOD e cpod.....	55

Índice de Abreviaturas

AAPD - American Academy of Pediatric Dentistry

ATM - Articulação Temporo-mandibular

CPI – Cárie Precoce na Infância

CPOD – Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

cpod – Dentes decíduos cariados, perdidos e obturados

DGS - Direção-Geral da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

INTRODUÇÃO

Introdução

A temática da cárie dentária engloba uma patologia da civilização, tão antiga como a humanidade ^[1], uma vez que permanece como um dos maiores problemas mundiais, com cerca de 5 biliões de indivíduos em todo mundo ^[2].

De acordo com os valores da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) aos 12 anos, Portugal apresentava-se entre os países de baixa prevalência de cárie com o valor de 1.48, tendo atingindo em 2006, o valor recomendado para a Região Europeia em 2020 (1,50).

Este valor deve-se ao aumento dos tratamentos dentários, resultante dos processos de contratualização com o setor privado para a prestação de cuidados médico-dentários, nomeadamente o Cheque-Dentista, que se insere no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) do Ministério da Saúde ^[3].

Apesar dos diversos progressos realizados na prevenção da saúde oral, a cárie continua a ser a patologia crónica mais frequente na criança, e posteriormente, no adulto. A cárie dentária é uma das patologias mais frequentes em todos os grupos etários e a doença crónica mais comum entre os 5 e os 17 anos de idade, resultando da interação entre fatores ambientais e hospedeiro. Uma má higiene oral na infância pode acarretar graves consequências, tais como: favorece o aparecimento de patologias dentárias durante a infância, a juventude e a idade adulta; marca a criança psicologicamente e pode afetar a saúde em geral e a qualidade de vida da família ^[4].

A cárie dentária leva a uma destruição de tecido dentário e, consequentemente, a complicações diversas: abscessos dentários; doenças periodontais como gengivites; gengivite ulcerativa necrosante aguda; periodontites; problemas da articulação temporomandibular (ATM) e problemas de oclusão dentária, devido à falta de peças dentárias perdidas resultante do processo carioso, dores e sensibilidade. Todos estes fatores podem trazer distúrbios nutricionais estéticos e sociais, tanto nas crianças como nos adultos.

Diversos estudos sugerem que o processo infeccioso responsável pela cárie dentária pode desencadear complicações infecciosas locais e sistémicas, das quais se destacam as doenças periodontais que podem vir a ser o ponto de partida para doenças cardiovasculares, tais como a endocardite infecciosa, devido à passagem de bactérias

responsáveis da cárie dentária para a corrente sanguínea. Em casos extremos, a infeção pode migrar para o cérebro, podendo provocar abscessos cerebrais, os quais representam cerca de 10% da taxa de mortalidade associada a infeções de origem dentária. De facto, a transição das bactérias existentes na boca para a corrente sanguínea poderá provocar infeções mais sérias, pelo que uma higiene oral imperfeita poderá estar ligada a várias doenças crónicas como doenças cardiovasculares, diabetes e cancro [5].

No entanto, com medidas preventivas, a cárie dentária pode ser controlada ou até mesmo, ser revertida quando detetada atempadamente, evitando-se, assim, complicações de maior risco.

Desse modo, a relevância deste estudo prende-se com o percurso académico do autor, onde o mesmo teve o privilégio de trabalhar com crianças e jovens e colocar em prática ferramentas que contribuem para uma melhor informação sobre a saúde oral, os problemas subjacentes, nomeadamente a cárie dentária, e os métodos de prevenção da mesma.

A estrutura da presente dissertação encontra-se dividida em cinco partes. A primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico, onde é abordada a saúde oral e a cárie dentária, nomeadamente aos fatores etiológicos, epidemiologia, prevenção e tratamento não-invasivo e cárie precoce na infância (CPI), assim como ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e ao papel da escola na promoção da saúde oral.

A segunda parte é dedicada aos objetivos que se pretendem alcançar com a realização do presente trabalho. A terceira parte é dedicada aos participantes e métodos, nomeadamente ao tipo de estudo, variáveis de estudo, população e amostra e instrumento de recolha de dados (questionário auto-aplicado aos jovens de diferentes escolas dos distritos de Viseu e da Guarda).

A quarta parte é dedicada aos resultados, onde é realizada a análise descritiva dos dados disponíveis, com recurso à estatística inferencial, as relações entre as pontuações no PCO com algumas variáveis dos hábitos de higiene, dos hábitos alimentares e da higiene oral (consumo de álcool e hábitos tabágicos; perceção da saúde oral; vigilância da saúde oral; suplemento de fluor; análise clínica, entre outros).

A quinta parte é dedicada à constituição da escala para avaliação dos comportamentos de saúde oral em adolescentes. Por último, a sexta parte é dedicada à discussão, onde é realizada a discussão dos resultados e as principais limitações do estudo.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Enquadramento Teórico

Neste ponto é realizado o enquadramento teórico, nomeadamente a contextualização da saúde oral, da cárie dentária e dos respetivos fatores etiológicos, epidemiologia, prevenção e tratamento não-invasivo e cárie precoce na infância, assim como o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, a sua evolução e principais medidas implementadas e o papel da escola na promoção da saúde oral.

1.1. Saúde Oral

O conceito de saúde oral corresponde à ausência de dor crónica facial e na boca, assim como de cancro oral e da garganta, feridas orais, defeitos congénitos orais (lábio ou fenda palatina), doença periodontal, perda de dentes e outras doenças ou perturbações orais que possam afetar a cavidade oral e a boca [6].

Pela sua relevância, a saúde oral é uma componente essencial da saúde geral, na medida em que interfere com as funções de digestão, fonação e respiração, o que leva a ocorrência de dores, dificuldades na mastigação e na fala e diminuição da qualidade de vida, se existirem patologias na cavidade oral [7].

A saúde oral exerce um papel crucial na qualidade de vida das pessoas, nomeadamente das crianças e dos jovens, pois, os comportamentos de saúde oral desenvolvidos na infância estão relacionados de forma direta com o risco de desenvolvimento de doenças orais durante a idade adulta [8].

Para além disso, a saúde oral reflete-se na qualidade de vida das pessoas, ao auxiliar na prevenção de patologias, no estado nutricional e na interação social com as pessoas [9].

Na conceção da OMS, as patologias mais frequentes no que se refere à saúde oral são as cáries dentárias e as doenças periodontais, sendo por isso uma das questões de saúde pública mais relevante [6].

Algumas formas de prevenção de saúde oral que podem ser implementadas pelas pessoas passam pela diminuição do consumo de açúcar; alimentação equilibrada; consumo de frutas e vegetais; diminuição do consumo de álcool e dos hábitos tabágicos; escovagem de dentes de forma correta e pelo menos duas vezes por dia; utilização de fio

dentário; consultas regulares ao médico dentista; aplicação de suplementos de fluor e selantes de fissura [6] [10].

1.2. Cárie Dentária

O conceito de cárie dentária tem sofrido alterações ao longo do tempo, não sendo por isso fácil defini-la, apesar de existirem diversos autores que apresentam propostas, gerando sempre alguma controvérsia [11] [12]. Etimologicamente, o termo “cárie” deriva do latim *caries* – “podridão”, “mau gosto” e significa “ulceração que ataca as partes duras do corpo (ossos, dentes, etc.) e as destrói lentamente.”

A cárie dentária é considerada como uma das patologias crónicas mais prevalentes nas sociedades desenvolvidas, estando na origem da maioria das odontologias e da perda de dentes. Contudo, a cárie dentária não é uma simples lesão degradante dos tecidos mineralizados dos dentes, mas uma doença de origem infecciosa bacteriana pós-erupção que provoca um amolecimento progressivo do tecido duro, originando uma cavidade [13] [14].

O seu desenvolvimento é crónico, uma vez que, clinicamente, se qualifica por uma destruição progressiva e convergente dos tecidos mineralizados dos dentes lesionados, sendo provocada por microrganismos que afetam a superfície dos dentes e formam a placa dentária, ou seja, é fomentada por bactérias responsáveis pela desmineralização das estruturas dentárias [15]. Neste sentido, as lesões cariosas decorrem da desmineralização das estruturas duras do dente (esmalte e dentina) provocada pelos ácidos provenientes do metabolismo das bactérias colonizadoras da cavidade oral.

A primeira prova clínica da cárie dentária, a conhecida “lesão branca do esmalte”, origina a desmineralização superficial da zona deteriorada e, previsivelmente, a perda de minerais, que modifica o índice de refração comparativamente ao esmalte normal. Quando diagnosticadas nesta fase inicial, as lesões cariadas ainda podem ser tratadas, através de procedimentos que permitam a remineralização da lesão primitiva. Contudo, se não houver um controlo adequado, a lesão pode atingir a dentina e, progressivamente, a constituição dentária vai ficando destruída e com uma cavidade cariada que exigirá um tratamento de restauração. Só assim se poderá evitar o

reaparecimento de mais complicações que poderiam afetar, numa situação mais avançada, os tecidos periapicais que podem provocar situações muito graves, tais como infecções do tecido subcutâneo e da circulação sanguínea, ou, ainda que mais raramente, poderá colocar em risco a vida da pessoa ^[11].

Diversos autores referem que a cárie dentária é uma doença crónica, pós-eruptiva, multifatorial, infecciosa, transmissível, influenciada pela dieta e é, muitas vezes, assinalada por uma destruição gradual dos dentes ^{[11] [12] [16]}. Nos dias de hoje, é comumente aceite que a cárie dentária tem uma origem multifatorial e muito complexa ^[17], sendo por isso, imprescindível a interação de diferentes agentes durante algum tempo, para que ela se revele clinicamente ^[18].

Neste âmbito, e de uma maneira geral, pode-se referir que a cárie dentária progride lenta e progressivamente, podendo por vezes em algumas pessoas, evoluir muito rapidamente, nomeadamente nos dentes decíduos, uma vez que o esmalte tem menos espessura ^[19].

Em suma, a cárie dentária é encarada como um flagelo da civilização moderna e de saúde pública, uma vez que está intimamente relacionada com os paradigmas dietéticos e o estilo de vida do homem contemporâneo, sendo considerada também como uma das patologias crónicas de origem multifatorial mais constante na espécie humana ^[20].

1.2.1. Fatores etiológicos da cárie dentária

A cárie dentária pode acarretar graves riscos, quer na boca quer na saúde em geral das pessoas, na medida em que esta doença advém de vários fatores, sendo os principais o hospedeiro (saliva e dentes), a microflora oral cariogénica e a dieta rica em carboidratos fermentáveis, os quais interatuam, concomitantemente, em condições de determinado tempo e espaço ^[21].

A mesma ideia é defendida por Keyes, quando refere que o aparecimento da cárie dentária está intimamente relacionado com a interação de três fatores básicos: dente suscetível, microrganismos com potencial cariogénico e uma dieta rica em hidratos de carbono e açúcares ^[22]. Estes fatores aliados a outros agentes, tais como: tempo, saliva, flúor (ou inexistência deste) e a higiene oral originam o aumento e a severidade da patologia ^[23].

Desse modo, pode-se afirmar que a etiologia desta doença encontra-se relacionada com fatores biológicos, entre os quais a higiene oral deficiente, hábitos alimentares desadequados, consumo constante de açúcares, excesso de medicação com excipiente açucarado e modos de amamentação desadequados. No entanto, são avaliados outros fatores, tais como as condições socioeconômicas, culturais, psicológicas e comportamentais [24].

Os fatores de risco no desenvolvimento de cárie dentária podem ser físicos ou biológicos: a saliva, placa bacteriana, presença de recessão da gengiva, falta de cuidados básicos de saúde, elementos imunológicos e fatores genéticos. Analisando alguns dos fatores de risco, considera-se que a placa bacteriana propicia o desenvolvimento de cárie dentária, ou seja, a elevada presença de bactérias e gengivas inflamadas aumenta a probabilidade de desenvolvimento de processos cariosos.

Diversos estudos referem que a ingestão frequente de açúcares influencia o desenvolvimento de cárie dentária. Contudo, o estudo realizado por Burt e Pai (2001) sobre a relação existente entre o consumo de açúcares e o risco de cárie concluiu que, atualmente, essa analogia não é tão clara, devido ao aumento do uso de flúor [25].

No que se refere ao papel da saliva, a mesma tem sete funções: proteção (humedecimento e depuração da cavidade oral), efeito tampão (evitando às bactérias um ambiente propício à colonização e destruindo os ácidos provenientes do metabolismo bacteriano), ação antimicrobiana (tem lisozimas, lactoferrinas, imunoglobulina A), integridade dos dentes (os iões de cálcio e de fosfato possibilitam a remineralização dos tecidos dentários e sequente resistência às cáries), digestão (inicia a digestão do amido), paladar (fragmenta substâncias, facilitando a degustação dos alimentos), reparação tecidular (os tecidos orais parecem cicatrizar mais rapidamente em relação a outros tecidos).

Estas funções são demonstradas em diversos estudos que relacionam o fluxo salivar e a capacidade tampão da saliva com o risco de crescimento de cárie dentária, comprovando que quando existe uma capacidade tampão salivar média/alta e um fluxo salivar elevado, o risco de aparecimento de cárie diminui [26] [27] [28].

Nas bactérias cariogénicas mais associadas ao desenvolvimento da cárie dentária encontram-se a *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus* [29] [30]. De todos os microrganismos da cavidade oral, *Streptococcus mutans* é considerado o mais comum

que provoca o desenvolvimento da doença, causando infecções dentárias e provocando infecções graves e generalizadas na corrente circulatória ^[31].

A infecção bacteriana mais frequente é a endocardite bacteriana que afeta a superfície interna do coração (endocárdio) e resulta das bactérias da flora oral, levando a elevadas taxas de mortalidade e morbidade ^[32].

A endocardite pode assumir a forma rápida e grave (aguda) ou a forma mais lenta e menos dramática (subaguda). A endocardite aguda manifesta-se através da entrada na circulação sanguínea de bactérias da pele que se propagam dentro do coração, enviando êmbolos sépticos para o sangue e disseminando-o para os rins, pulmões e cérebro ^[33].

Por sua vez, a endocardite subaguda manifesta-se através de um dos estreptococos do grupo viridans (*Streptococcus sanguis, mutans, mitis ou milleri*) que residem na boca ou garganta, englobando as válvulas cardíacas que já se encontram debilitadas e uma menor probabilidade de resultar em êmbolos sépticos do que a endocardite aguda ^[33].

Em suma, pode-se afirmar que a deterioração dos dentes é influenciada pelo estilo de vida, assim como pela prevalência de diversos fatores, nomeadamente, socioeconómicos, culturais e higiénicos. Contudo, a deterioração dos dentes não pode ser negligenciada, mas antes pode ser prevenida, através de programas devidamente estruturados e baseados em estudos epidemiológicos.

1.2.2. Epidemiologia da cárie dentária

De acordo com ^[34], estima-se que 60-90% das crianças e jovens e 100% dos adultos manifestem cárie dentária, uma vez que é uma das doenças mais prevalentes nos países industrializados, estando a aumentar nos países em desenvolvimento.

No contexto nacional, a prevalência da cárie dentária tem vindo a diminuir de forma significativa, nomeadamente nas crianças e nos jovens, devido à introdução do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral no contexto familiar e escolar, assim como ao aumento da frequência de escovagem, utilização da pasta de dentes e fluor e consultas regulares ao médico dentista ^{[31][35]}.

No estudo realizado pela DGS (2008) em conjunto com a OMS, sobre a prevalência de doenças orais, com o objetivo de avaliar a prevalência de cárie dentária, fluorose

dentária e periodontal concluiu-se que aos 6 anos de idade, cerca de 51% das crianças portuguesas não manifestavam cáries dentárias, e o índice de DMFT aos 6, 12 e 15 anos era de 0.07, 1.48 e 3.04 respetivamente, o que leva a afirmar que os programas de saúde oral têm sido bem-sucedidos, assim como a contratualização com o sector privado para o atendimento médico e odontológico a crianças e jovens ^[3].

Em contrapartida, no estudo realizado por Rodrigues e Reis (2008), observou-se que a prevalência da cárie dentária entre as crianças portuguesas de 6 anos é de 49%, passando para 72% aos 15 anos, ou seja, é necessário investir na melhoria dos programas de promoção da saúde oral para as crianças e jovens, de modo a prevenir as patologias orais ^[36].

1.2.3. Prevenção e tratamento não-invasivo da cárie dentária

A prevenção da cárie dentária deve considerar os principais aspetos das pessoas, de modo a diagnosticar adequadamente quais os cuidados e os tratamentos em cada situação, consoante os respetivos aspetos sociodemográficos e culturais ^[8].

Dos aspetos sociodemográficos evidencia-se que o aumento do risco de doença oral encontra-se relacionado com o baixo nível socioeconómico, baixas habilitações e fatores culturais, o que dificulta o acesso à informação e à saúde ^[37].

Os autores Bastos *et al.*, (2007) também observaram que as pessoas menos privilegiadas, quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento, possuem diversos problemas orais ^[38].

Nos países em desenvolvimento, as pessoas não possuem acesso aos cuidados de saúde oral, devido à falta de atenção para a prevenção das patologias orais, aos custos inerentes e às baixas condições socioeconómicas ^[37].

Por sua vez, nos países desenvolvidos existe uma diminuição da prevalência de cárie dentária, devido aos programas de promoção da saúde oral, dos quais se destacam: fluoretação do abastecimento público de água, administração de lavatórios orais com fluor e dentífricos, melhoria dos padrões de higiene oral e melhoria dos cuidados de saúde oral ^[39].

Algumas das medidas de prevenção e tratamento da cárie dentária passam pela escovagem; utilização de fio dentário; consultas regulares ao médico dentista; aplicações de fluor; aplicação selante de fissuras; diminuição da ingestão de alimentos e bebidas cariogénicas.

A escovagem permite remover a placa dentária e restos alimentares, devendo ser complementada com a utilização de um dentífrico com fluor e, realizada pelo menos duas vezes por dia ^[8] ^[40].

Segundo a DGS (2008), aproximadamente 50% das crianças com 6 anos e 67-69% dos jovens com 12 e 15 anos utilizam escova de dentes, pelo menos duas vezes por dia, com um dentífrico com fluor ^[3].

A utilização de fio dentário permite evitar o desenvolvimento de cárie dentária nas superfícies interproximais dos dentes e doenças periodontais, pelo que se recomenda a sua utilização ^[41]. Contudo, a utilização do fio dentário não é frequente nos jovens, pelo que se torna crucial implementar uma educação para a respetiva utilização ^[42].

No que se refere às consultas ao médico dentista, as mesmas devem ser regulares ou pelo menos uma vez a cada seis meses, o que contribui para o diagnóstico de patologias orais, informações sobre os tratamentos mais adequados e medidas preventivas, tais como a aplicação tópica de selantes de fluor e fissura ^[43].

As pessoas que frequentam regularmente o médico dentista são aquelas que possuem melhores condições socioeconómicas, que residem em áreas urbanas e cujos pais realizam consultas médicas e odontológicas regulares ^[44].

Quanto à aplicação de fluor, a manutenção de níveis adequados é conseguida através da escovagem com um dentífrico com fluor e pela utilização de lavagens de fluor e aplicação de gel de fluoreto durante a consulta dentária ^[8].

Na aplicação selante de fissuras, observa-se uma relação entre a morfologia da superfície oclusal e o risco da cárie dentária, uma vez que existe dificuldade de limpeza e maior retenção de bactérias e placas ^[8]. A aplicação de selantes encontra-se abrangida por programas comunitários de saúde oral, sendo um método económico e eficiente na prevenção de cárie dentária ^[41].

Relativamente à diminuição da ingestão de alimentos e bebidas cariogénicas, existe uma relação entre obesidade e patologias orais, apesar da relação entre a obesidade e a cárie

dentária não ser significativa, o que pode ser justificado pela presença de uma elevada ingestão de alimentos açucarados ^[45] ^[46].

Nas crianças e jovens com condições socioeconómicas mais elevadas, verificou-se que as mesmas negligenciam a sua dieta, ao consumir mais alimentos cariogénicos ^[47].

1.2.4. Cárie precoce na infância

A cárie precoce na infância (CPI) é uma das doenças mais prevalentes na infância, afetando aproximadamente 60-90% da população mundial escolarizada ^[48]. A cárie precoce na infância consiste numa doença crónica que atinge a dentição temporária de crianças em idade pré-escolar (até aos 6 anos), desenvolvendo-se após a erupção dentária e manifestando-se pela presença de pelo menos um dente cariado, ausência de um dente ou existência de uma obturação num dente temporário ^[49].

Na conceção da *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD, 2008), a cárie precoce na infância ocorre quando existe um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), ausentes (por cárie) ou restaurados antes dos 71 meses (6 anos), podendo ser severa, quando afeta superfícies dentárias lisas de crianças com menos de 3 anos ou quando apresenta 4-6 superfícies afetadas em dentes maxilares anteriores em crianças entre os 3-5 anos de idade ^[50].

Os fatores de risco no desenvolvimento da cárie precoce na infância passam pelo baixo nível socioeconómico das famílias, dificuldades no acesso aos cuidados médicos, ausência de seguros de saúde ou o facto de as crianças pertencerem a minorias étnicas ^[51] ^[52].

Outros fatores de risco englobam a maternidade precoce, família numerosa, família com relacionamentos complicados, mudanças familiares (casamento, divórcio ou morte dos pais), os quais levam à ausência ou à uma deficiente higiene oral adequada às crianças ^[53] ^[54] ^[55].

No que se refere à alimentação, este também pode ser um fator de risco no desenvolvimento da cárie precoce na infância, na medida em que a utilização excessiva do biberão como chupeta com a adição de líquidos açucarados (e.g. para aliviar os

sintomas das cólicas) ou a ingestão de alimentos açucarados pode aumentar a incidência deste risco ^[56].

Quanto maior o tempo de utilização do biberão como chupeta com a adição de líquidos açucarados, maior será a destruição coronária total da dentição temporária, assim como dos incisivos superiores e dos outros dentes anteriores e posteriores ^{[56] [57] [58]}.

Estes fatores podem levar à situações de dor e infeção, ao mesmo tempo que altera a fala, alimentação, o desenvolvimento e crescimento das crianças, o que origina baixo rendimento escolar, diminuição da qualidade de vida, desgaste físico e psicológico ^[59].

Também podem surgir situações de perda da função mastigatória, mudanças no desenvolvimento da dentição e da linguagem, complexos estéticos e traumas psicológicos ^[60].

De modo a atenuar as situações de risco de cárie precoce na infância e a proporcionar uma melhor qualidade de vida associada à higiene oral, recomenda-se uma consulta ao médico dentista entre os 12-18 meses, apesar de não existir uma congruência relativamente à idade para a primeira consulta ^[61].

O hábito das consultas ao médico dentista deve ser desenvolvido em conjunto com os pais ou familiares responsáveis pelas crianças, a partir do qual deve ser realizado um plano de prevenção que considere o contexto sociocultural e familiar, a gravidade das doenças orais e os respetivos cuidados e tratamentos que devem ser adotados na higiene oral das crianças ^{[62] [63]}.

Em muitas situações, as crianças sentem receio quando vão às consultas ao médico dentista, o qual pode ser superado através de técnicas básicas e avançadas de controlo de comportamento. Das técnicas básicas evidenciam-se as técnicas de comunicação, controlo de voz, comunicação não-verbal, apoio positivo, distração, sedação inalatória pelo óxido nítrico. Das técnicas avançadas evidenciam-se a técnica da mão-sobre-a-boca, imobilização médica, sedação e anestesia geral ^[64].

Para além das consultas ao médico dentista, as crianças deverão escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, uma ao acordar e outra antes de deitar. Durante este procedimento, os pais deverão acompanhar e supervisionar as crianças até que estas consigam ser independentes nos movimentos de escovagem, aproximadamente até aos sete anos ^[61].

A utilização do fio dentário pode complementar a escovagem, pois, auxilia na eliminação de bactérias cariogénicas e substâncias fermentáveis da superfície dos dentes. Este processo deve ser realizado diariamente e explicado pelos pais ou cuidadores para que as crianças possam observar qual o método mais correto ^[65].

A nível da alimentação, deverá ser privilegiada uma dieta equilibrada, de modo a evitar líquidos açucarados e alimentos pegajosos que se retenham nos dentes, o que poderá provocar a cárie dentária. Quanto menor for a ingestão de líquidos açucarados e alimentos pegajosos menor será o risco de cárie dentária ^[56].

Em suma, com estas medidas de prevenção aliadas às metas estabelecidas para a saúde oral pela OMS (uma das metas é a criação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral), ambiciona-se que no ano 2020, aproximadamente 80% das crianças com seis anos não manifestem cárie dentária ^[60].

Esta situação já pode ser verificada em Portugal, devido à diminuição significativa da cárie dentária nas crianças e jovens durante os últimos 20 anos, através da implementação de programas de prevenção e tratamento nas escolas e nos cuidados de saúde ^{[66] [67]}.

1.3. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

1.3.1. Evolução

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) consiste numa estratégia global de intervenção baseada na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais com incidência nas crianças e jovens ^[68].

O seu objetivo passa pela diminuição da incidência e da prevalência das doenças orais, nomeadamente nas crianças e jovens, assim como pela melhoria dos conhecimentos e comportamentos associados à saúde oral e à promoção da igualdade nos cuidados de saúde oral nas crianças e jovens com necessidades de saúde especiais ^[69].

Em 2005, surge o PNPSO através da Circular Normativa nº 1, da Direção-Geral da Saúde, tendo sido incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ^[70].

Desde o seu início, o PNPSO passou por diversos alargamentos, tendo ocorrido o primeiro alargamento no ano 2008, onde foram considerados os grupos de maior vulnerabilidade (grávidas e idosos carenciados), crianças e jovens ^[69].

O segundo alargamento ocorreu no ano 2010, onde foram considerados os utentes infetados pelo VIH/SIDA. Em 2011, com a promulgação da Orientação 007/2011 de 25 de março da DGS foi implementado um conjunto de instrumentos para superar as dificuldades operacionais do PNPSO ^[71].

Em 2014, o PNPSO englobou a intervenção precoce no cancro oral, nomeadamente nos homens, fumadores e com hábitos alcoólicos com idade igual ou superior a 40 anos. Em 2015, com a promulgação do Despacho nº 12889/2015, de 9 de novembro, do Ministro da Saúde, o alargamento englobou os jovens de 18 anos que já tenham usufruído do Programa e concluído os tratamentos aos 16 anos, assim como os utentes infetados pelo VIH/SIDA que não façam tratamentos há mais de 24 meses, crianças de 7, 10 e 13 anos com necessidades de saúde especiais (doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21) ^[72].

Com o Despacho nº 8591-B/2016, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foram definidas as consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, através de experiências pilotos aos utentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise peritoneal e os transplantados ^[73].

1.3.2. Medidas implementadas

As metas para o ano 2020, no que se refere à saúde oral, passam pelas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, assim como pelo aumento do envolvimento dos profissionais de educação e saúde dos serviços públicos e privados ^[68].

Desse modo, algumas das medidas implementadas englobam a criação do PNPSO, o qual fundamenta-se na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, nomeadamente das crianças e dos jovens ^[68].

Antes do planeamento de qualquer tratamento, torna-se crucial elaborar um diagnóstico precoce no Centro de Saúde através do higienista oral, serviços de Estomatologia do Hospital ou médicos dentistas contratualizados. Esta contratualização assegura cuidados de saúde oral a todas as crianças que manifestem cárie dentária, através do PNPSO, o qual é personalizado consoante as necessidades de cada criança e a capacidade de resposta do profissional contratualizado (Despacho nº 153/2005, de 5 de janeiro, do Ministério da Saúde) ^[74].

Outra das medidas designa-se por cheque-dentista, cujo objetivo consiste em facilitar o acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento, de modo a diminuir o risco e prevalência das doenças orais ^[75].

Os beneficiários do cheque-dentista podem ser divididos em quatro segmentos: crianças e jovens, grávidas, idosos e utentes infetados com VIH/SIDA. Com o Despacho nº 8591-B/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foram englobados mais utentes, tais como: jovens de 18 anos beneficiários do PNPSO e que tenham concluído os tratamentos aos 16 anos; utentes infetados com VIH/SIDA que não façam tratamentos há mais de 24 meses; crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde que não tenham realizado tratamentos do PNPSO ^[75].

No caso das crianças com idade inferior a 7 anos que manifestem situações de gravidade, com dor ou infeção, o cheque-dentista disponibiliza o tratamento de dois dentes temporários com cárie, sendo atribuído o primeiro pelo médico de família na Unidade Funcional do respetivo Centro de Saúde ^[75].

Outros casos especiais englobam as crianças de 7 anos que já devem ter a erupção dos primeiros molares; crianças de 10 anos que já tenham a erupção dos pré-molares e as crianças de 13 anos que já tenham a erupção dos segundos molares ^[75].

Nas crianças de 7 anos, o primeiro cheque-dentista destina-se ao tratamento ou aplicação de selantes de fissura em 2 dentes, primeiros molares, sendo o segundo cheque destinado ao tratamento de outras situações de doença nos dentes permanentes ou aplicação de selantes nos restantes molares ^[75].

Nas crianças de 10 anos, o primeiro cheque-dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou aplicação de selantes em 2 dentes pré-molares e o segundo

cheque é dedicado ao tratamento de outras situações de doença nos dentes permanentes ou aplicação de selantes nos restantes pré-molares [75].

Nas crianças de 13 anos, o primeiro cheque-dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou aplicação de selantes de fissura em 2 dentes, segundos molares. O segundo cheque destina-se ao tratamento de outras situações de doença que afetem um 3º ou 4º dente permanente ou aplicação de selantes nos segundos molares. Por sua vez, o terceiro cheque-dentista destina-se ao tratamento de outras situações de doença que afetem dentes permanentes e que careçam de uma intervenção curativa ou preventiva [75].

Depois da elaboração do diagnóstico e da implementação do respetivo tratamento, é crucial elaborar a avaliação do PNPSO, de modo a saber se o mesmo foi bem-sucedido, quais os pontos fortes a maximizar e os pontos fracos a melhorar. Os indicadores que devem ser considerados na monitorização do Programa são: percentagem de crianças em programa aos 3, 6, 12 e 15 anos; percentagem de crianças em programa no Jardim-de-Infância e na escola, no 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo; percentagem de crianças com necessidades de tratamento, devidamente encaminhadas e tratadas; percentagem de crianças de alta prevalência à cárie; percentagem de crianças sem cárie aos 6 anos; índice cpod aos 6 anos e índice CPOD aos 12 anos [49].

1.4. Papel da Escola na Promoção da Saúde Oral

1.4.1. Intervenientes

O papel da escola tem assumido cada vez mais destaque na sociedade, uma vez que é na escola que as crianças passam a maior parte do seu tempo e assimilam novas aprendizagens e conhecimentos, transmitindo-os para o contexto familiar [76].

A escola possui um papel relevante na educação, pois, contribui para a formação de cidadãos através da melhoria da qualidade de vida da sociedade, o que leva a que as pessoas queiram desenvolver e melhorar as suas vidas [77].

Esta situação também passa pelos cuidados de saúde oral, nomeadamente pelos hábitos e comportamentos que as crianças devem adotar para uma higiene oral correta [78].

A educação em saúde oral deve ser promovida e prevenida desde a infância pelas escolas, na medida em que as mesmas se encontram mais próximas das crianças, sendo o elo de ligação com as equipas de saúde escolar na emissão dos cheques-dentista [79].

Com os seus conhecimentos, os professores e educadores podem englobar a promoção da saúde oral das crianças nas suas aulas ou jogos, através do desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e hábitos de higiene oral, os quais levarão a que as crianças percecionem quais os riscos e respetivas medidas na adoção de uma melhor qualidade de vida [80].

Para o efeito, foi concebido o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) com o objetivo de promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde [69].

Algumas das atividades do PNSE passam pela melhoria da saúde das crianças, jovens e restante comunidade educativa, através da monitorização da realização de exames gerais de saúde; vacinação; apoio à inclusão escolar; avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas; promoção de saúde prioritária (saúde mental, oral e sexual, alimentação saudável, atividade física, segurança, consumo de substâncias ilícitas, doenças transmissíveis e violência em contexto escolar) [69].

Sintetizando, os intervenientes na promoção da saúde oral no contexto escolar são as autarquias, segurança social, professores, educadores, equipa de saúde escolar, médico dentista, família e crianças, pois, só o trabalho em rede facilita a promoção e prevenção da saúde oral.

1.4.2. Educação / Prevenção

A prevenção da saúde oral no contexto escolar deve ser impulsionada através de programas preventivos na sociedade, os quais devem ter como finalidade a educação para a saúde oral, assim como a disponibilização de informações para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de higiene oral [81].

A educação em saúde oral permite prever os comportamentos e hábitos das crianças, a partir dos quais é diagnosticada a existência ou ausência de doenças orais e definido o respetivo tratamento. Nas escolas, devem ser realizados rastreios dentários como forma de prevenir a cárie dentária nas crianças, uma vez que quanto mais cedo for diagnosticada mais cedo é realizado o respetivo tratamento [82].

Os rastreios devem ser realizados o mais cedo possível, pois, as crianças ainda não sabem escovar adequadamente os dentes, ingerem alimentos açucarados entre as refeições, não utilizam pasta com a quantidade de fluor necessária e comem/bebem alimentos antes de se irem deitar sem lavar os dentes [82].

Em relação à escovagem, aconselha-se que a mesma seja realizada na escola pelas crianças, depois do almoço, o que as irá motivar para o gosto pela higiene oral. As crianças deverão levar para a escola a sua escova de dentes e a pasta dentífrica, podendo utilizar copos descartáveis para facilitar o bochecho [82].

Outra medida da integração da saúde oral nas escolas, no contexto nacional, passa pela reformulação dos currículos escolares em conjunto com as equipas de saúde escolar. Esta integração possibilita a definição de estratégias de educação para a saúde que estimulam a capacidade da escola e da família na higiene oral das crianças e na promoção de uma alimentação saudável [3] [83].

Quanto aos programas desenvolvidos no âmbito da saúde oral, destaca-se o PNPSO que é uma ferramenta valiosa na saúde oral das pessoas, nomeadamente das crianças, sendo esta relevância e eficácia demonstrada na melhoria das condições de saúde oral e na diminuição da cárie dentária, sangramento gengival ou presença de placa visível [76].

Outro programa desenvolvido na mesma vertente é o Projeto SOBE – Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares, sendo criado pela DGS, Plano Nacional de Leitura e Rede de Bibliotecas Escolares e inaugurado no ano 2012. O seu objetivo passa por aumentar a qualidade da divulgação e informação sobre a saúde oral; definir parcerias com as escolas e IPSS; consciencializar as famílias para a saúde oral; identificar estratégias de promoção da leitura e da escrita baseada na promoção da saúde oral [84].

OBJETIVOS

2. Objetivos

Neste ponto são descritos os objetivos, quer gerais quer específicos, que se pretendem alcançar com a presente dissertação.

2.1. Objetivo geral

O objetivo da presente dissertação passa por avaliar os conhecimentos e as práticas dos jovens no que se refere aos comportamentos de saúde oral, assim como a criação de uma escala para classificação dos mesmos comportamentos de saúde oral.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos nomeiam-se os seguintes:

- Verificar quais os comportamentos dos adolescentes no que se refere a hábitos diários e comportamentos de saúde oral.
- Criação de uma escala para classificação do nível de comportamentos de saúde oral aplicável a amostra de adolescentes portugueses.

MATERIAIS E MÉTODOS

3. Materiais e Métodos

Neste ponto são descritos os materiais e os métodos utilizados na presente dissertação, nomeadamente o tipo de estudo, as variáveis em estudo, a respetiva população e amostra, o instrumento de recolha de dados e a escala para avaliação dos comportamentos de saúde oral em adolescentes.

3.1. Tipo de estudo

A presente dissertação engloba um estudo epidemiológico observacional transversal, recorrendo à perspetiva descritivo-correlacional, onde se procura explorar relações existentes entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito.

O estudo das relações entre variáveis é descritivo, uma vez que não há a manipulação de variáveis, sendo a predição, o tipo de relação mais frequentemente estabelecida. No entanto, a pesquisa correlacional precede a realização de pesquisa experimental, na medida em que a relação de causa-efeito só pode ser definida quando duas variáveis são correlacionadas.

3.2. Variáveis de estudo

No presente estudo, existem variáveis independentes e dependentes, sendo as variáveis independentes aquelas que podem influenciar as variáveis dependentes e que caracterizam os sujeitos da amostra.

As variáveis independentes do estudo englobam as variáveis sociodemográficas (género, residência, habilitações e estado civil); variáveis relativas aos hábitos nutricionais; variáveis relativas à higiene oral.

Por sua vez, as variáveis dependentes do estudo englobam os comportamentos de saúde oral em crianças e jovens.

3.3. População e amostra

A população em estudo é constituída por adolescentes em idade escolar, pertencentes às diversas escolas dos distritos de Viseu e da Guarda, que colaboraram com o ICS-Viseu no programa de produção de saúde oral comunitária “Educar a escovar”.

Para o estudo, foi realizada em todos os adolescentes uma observação intraoral e autoaplicação de um questionário a todos os participantes. As zonas de Viseu e Guarda permitirão observar o comportamento real de jovens de diversos níveis socioeconómicos e de diferentes zonas, tais como a cidade, vila e aldeia.

Estes alunos formam uma amostra por conveniência, uma vez que se seleciona um conjunto da população que seja acessível, ou seja, os jovens da amostra são selecionados, devido à sua disponibilidade, não por terem sido selecionados por meio de um critério estatístico.

3.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 694 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e com uma média de 13,9 anos (DP=1,8). Das 694 adolescentes, 360 (51,9%) pertencem ao género masculino e 334 (48,1%) pertencem ao género feminino, verificando-se uma diferença não estatisticamente significativa na proporção de sujeitos do género masculino e feminino ($\chi^2(1)=0,974$, $p=0,343$).

Tabela 1- Distribuição da amostra pelo género, e mínimo, máximo, média e desvio-padrão das idades

Género	Idade					
	n	%	Mínimo	Máximo	Média	DP
Masculino	360	51,9	12	18	13,8	1,8
Feminino	334	48,1	12	18	14,0	1,8
Total	694	100,0	12	18	13,9	1,8

No que se refere à escolaridade, o ano com mais alunos é o 6º ano (31,0%), seguido do 9º ano (26,5%) e do 7º ano (14,8%). No género masculino, existem mais alunos a frequentar o 6º ano (n= 132;36,7%) e no género feminino existem mais alunos a frequentar o 9º ano (n= 101;30,2%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da amostra pelo ano de escolaridade e pelo género

Ano escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
6º	134	37,3	82	24,6	216	31,0
7º	46	12,8	57	17,1	103	14,8
8º	14	3,9	26	7,8	40	5,8
9º	83	23,1	101	30,2	184	26,5
10º	59	16,4	31	9,3	90	13,0
11º	2	0,6	6	1,8	8	1,2
12º	22	6,1	31	9,3	53	7,6

Da amostra fazem parte cinco escolas (Aguiar da Beira, Mundão, Abraveses, Mangualde e Satão. As escolas que mais contribuíram para o presente estudo foram a escola de Mangualde com 329 alunos (47,4%) e a escola de Aguiar da Beira com 195 alunos (28,1%).

Quanto ao local de residência, a maioria dos alunos reside em aldeias (n= 412;59,4%), seguido dos que residem na cidade (n= 172;24,8%) e nas vilas (n= 172;24,8%) (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da amostra pela escola e zona de residência

	n	%
Escola		
Aguiar da Beira	195	28,1
Mundão	50	7,2
Abraveses 3 e 4 classes	35	5,0
Mangualde	329	47,4
Sátão	85	12,2
Residência		
Aldeia	412	59,4
Vila	110	15,9
Cidade	172	24,8

Na maioria dos alunos, o encarregado de educação é o pai ou a mãe (n=420; 96,3%), seguido dos que tinham avós (n=7; 1,6%), tios (n=6;0,9%) ou outras pessoas (n=3;0,7%) como encarregado de educação.

A escolaridade mais frequente dos pais e das mães corresponde ao 4º-6º ano com um total de 399 (68,9%). Por sua vez, a escolaridade mais frequente dos encarregados de educação corresponde ao 10º-12º ano (n= 128;30,8%).

Tabela 4- Distribuição da amostra pelas habilitações académicas do pai, da mãe e do encarregado de educação (EE)

Anos de escolaridade	Habilitações do pai		Habilitações da mãe		Habilitações do EE	
	n	%	n	%	N	%
<4 anos	85	14,9	59	10,0	30	7,2
4-6 anos	224	39,2	175	29,7	83	20,0
7-9 anos	97	17,0	126	21,4	110	26,5
10-12 anos	110	19,2	147	25,0	128	30,8
Bacharelato	10	1,7	14	2,4	8	1,9
Licenciatura	34	5,9	53	9,0	40	9,6
Mestrado	12	2,1	13	2,2	15	3,6
Doutoramento	0	0,0	2	0,3	1	0,2

Em média, o agregado familiar era composto por 4,05 pessoas (DP=1,0) oscilando entre uma e dez (responderam 659 sujeitos). O número médio de casas assoalhadas era de 5,55 (DP=2,2), variando entre uma e 17.

3.4. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de questionários auto-aplicados a jovens de diferentes escolas dos distritos de Viseu e da Guarda, durante os meses de dezembro 2016 e janeiro 2017.

Cada questionário inclui diversos parâmetros de avaliação da saúde oral., dos quais se destacam:

- I) Caracterização sociodemográfica (idade, género, área de residência, instituição de formação, ano que frequenta, perspectiva de conclusão de um curso do ensino superior;
- II) Hábitos alimentares e sociais;
- III) Caracterização dos comportamentos de saúde oral (escovagem diária e número de vezes de escovagem por dia, dor de dentes, sangramento ou dor na gengiva, toma de suplemento de fluor, bochechos com fluor, utilização de fio dentário).

Seguidamente, procedeu-se à constituição de uma escala para avaliação dos comportamentos de saúde oral dos adolescentes. Os dados epidemiológicos para operacionalização das variáveis, assenta nos seguintes critérios empíricos: moderada prevalência de doenças orais, nomeadamente cárie dentária, na população adolescente; moderada frequência de escovagem pelo menos 2 vezes/dia; utilização diária muito frequente e deficiente do fio dentário; recurso moderado do adolescente à consulta ao médico dentista.

3.5. Análise estatística

Na realização da análise estatística, foram realizados cálculos com recurso ao *software* SPSS versão 22.0.

Na análise estatística descritiva, foram utilizadas frequências absolutas e descritivas para variáveis com nível de mensuração nominal, a média como medida de tendência central e o desvio-padrão como medida de dispersão para variáveis intervalares ^[85].

No número de sujeitos respondentes observou-se grande variabilidade, dando lugar a dados omissos ao longo da lista de variáveis e tendo-se optado por utilizar o critério

pairwise ^[86], que consiste em utilizar na análise dos dados toda a informação disponível para cada variável e par de variáveis, ou seja, para cada variável e cruzamento entre variáveis utilizaram-se todos os dados válidos disponíveis. Este critério permite retirar a máxima informação dos dados não afetando a sua potencial representatividade.

O teste de qui-quadrado foi utilizado para testar a independência entre duas variáveis nominais ^[87], nas tabelas de contingência 2X2 foi considerada a correção de continuidade e não foi efetuado o cálculo quando se verificaram frequências esperadas inferiores a 5.

Nas variáveis intervalares como a idade ou o cpod, verificou-se que não estavam cumpridos os critérios de proximidade à distribuição normal. Para estas variáveis e para variáveis ordinais foram usadas provas estatísticas não paramétricas ^[88]. O U de Mann-Whitney foi usado para testar diferenças entre dois grupos, para três ou mais grupos foi usado o Kruskal-Wallis. Nestes casos, são apresentadas as médias de postos (mean rank). O grau de associação entre duas variáveis foi avaliado com a correlação de Spearman (ρ).

RESULTADOS

4. Resultados

Na apresentação dos resultados, primeiro será apresentada a análise descritiva de todos os dados disponíveis, sendo posteriormente estudadas, com recurso a estatística inferencial, as relações entre as pontuações no cpod com algumas variáveis dos hábitos de higiene, dos hábitos alimentares e da higiene oral.

4.1. Consumo de álcool e hábitos tabágicos

No que se refere ao consumo de álcool, a maioria dos alunos afirma não consumir álcool ($n=363;83,1\%$). Dos que consomem álcool, 73 ($16,7\%$) fazem-no ocasionalmente, sendo mais frequente no género masculino ($n=45;20,5\%$) em detrimento do género feminino ($n=28;12,8\%$). Apenas um único aluno afirmou consumir álcool todas as semanas, pertence ao género masculino, tem 14 anos e frequenta o 9º ano. Considerado o consumo ocasional este acontece significativamente mais entre o género masculino do que entre o género feminino ($\chi^2(1)=4,212$, $p=0,040$). Os inquiridos que consomem álcool ocasionalmente (média de postos¹=295,29) têm idades estatisticamente superiores aqueles que não consomem (média de postos =203,06), $U=7643,50$, $p<0,001$.

Tabela 5- Caracterização do consumo de álcool e tabaco por género, idade média e para a amostra total

	n	%	Masculino		Feminino		Idade	
			N	%	n	%	Média	DP
Álcool (n=437)								
Não	363	83,1	173	79,0	190	87,2	13,1	1,3
Sim, ocasionalmente	73	16,7	45	20,5	28	12,8	14,2	1,4
Sim, todas as semanas	1	0,2	1	0,5	0		14,0	-
Sim, todos os dias	0		0		0			
Tabaco (n=435)								
Não	416	95,6	206	94,5	210	96,8	13,2	1,3
Sim	19	4,4	12	5,5	7	3,2	14,6	1,4

¹ Mean Rank

Quanto aos hábitos tabágicos, a maioria dos alunos afirma que não fuma (n= 416; 95,6%). Apenas 19 alunos (4,4%) fumam em média 5.8 (DP=3,7) cigarros por dia, variando o consumo entre 1-10.

4.2. Hábitos de higiene oral e percepção da saúde oral

Nos hábitos de higiene oral, metade dos alunos considera que a sua saúde oral é “boa” (n=218;50,1%). Apenas 8 alunos consideram que a sua saúde oral é “fraca” (n= 8; 1,8%) (Tabela 6).

A maioria dos alunos (n= 272;62,7%) considera que possui informação razoável sobre os hábitos de higiene oral, sendo apenas 3 alunos que consideram que não têm nenhuma informação a esse respeito.

A correlação de Spearman entre a percepção que o sujeito tem acerca da sua saúde oral e a informação que pensa ter sobre o assunto foi de 0,20 ($p<0,001$, n=432), que apesar de significativa tem uma magnitude muito baixa.

Tabela 6- Percepção acerca da saúde oral

	n	%
Descrição da saúde oral própria (n=435)		
Muito boa	39	9,0
Boa	218	50,1
Razoável	170	39,1
Fraca	8	1,8
Muito fraca	0	0
Informação acerca da saúde oral (n=434)		
Muito	146	33,6
Razoável	272	62,7
Pouco	13	3,0
Nada	3	0,7

A maioria dos alunos (n= 346;79,4%) afirma escovar os dentes todos os dias, sendo 90 (20,6%) os alunos que não escovam os dentes diariamente, o que se torna um facto preocupante.

Os alunos que escovam os dentes diariamente fazem-no entre 1-5 vezes por dia, com uma média de 2,03 escovagens (DP=0,7). O tempo de escovagem varia entre um minuto e 30 minutos (1 suj=30m; 2 suj=20m; 1suj=15m) com uma média de 3,35 minutos (DP=2,8).

Relativamente ao momento da escovagem dos dentes, os alunos escolheram o período da manhã (n= 343;40,4%), seguido do período antes de deitar (n= 283;33,4%). Quando questionados sobre que zona da boca costumam escovar, a resposta dos alunos mais frequente foi “gengivas, língua e dentes” (n= 179;41,5%) seguida da opção “dentes e língua” (n= 145;36,6%), 52 alunos escovam somente dentes e gengivas (12,1%) e 55 escovam “apenas os dentes” (12,8%).

A maioria dos alunos usa pasta com fluor (n= 274;62,7%), 135 (30,9%) não sabem se a pasta dentífrica que usam tem fluor e 28 (6,4%) usam pasta sem fluor.

Duzentos e quinze alunos consideram saber escovar os dentes de forma correta (49,2%), seguido dos que assinalaram “razoavelmente” (n= 213;48,7%) e dos que não sabem (n= 9;2,1%).

A maioria dos alunos não utiliza fio dentário (n= 388;66%) e apenas 4 (0,7%) não sabem o que é o fio dentário.

Tabela 7- Comportamentos de higiene oral

	n	%
Escovagem todos os dias (n=436)		
Não	90	20,6
Sim	346	79,4
Momento do dia (n=436)		
Manhã	343	40,4
Ao fim do almoço	77	9,1
Ao fim do lanche	17	2,0
Ao fim do jantar	128	15,1
Antes de deitar	283	33,4
Área escovada (n=431)		
Gengivas, língua e dentes	179	41,5
Dentes e língua	145	33,6
Dentes e gengivas	52	12,1
Apenas os dentes	55	12,8
Pasta com fluor (n=437)		
Não	28	6,4
Sim	274	62,7
Não sei	135	30,9
Sabe escovar os dentes de forma correta (n=437)		
Não	9	2,1
Razoavelmente	213	48,7
Sim	215	49,2
Utilização de fio dentário (n=588)		
Não	388	66,0
Sim, as vezes	151	25,7
Sim, diariamente	45	7,7
Não sei o que é fio dentário	4	0,7

Relativamente à origem da aprendizagem da escovagem dos dentes, os alunos podiam assinalar mais do que uma opção, pelo que foi usado o procedimento de resposta múltipla para calcular as frequências absolutas e relativas. A maioria parte dos alunos aprendeu a escovar os dentes em casa (n= 304;63,3%), 78 (16,3%) aprenderam na escola, 58 aprenderam no consultório do médico dentista (12,1%), 8 aprenderam no centro de saúde (1,7%) e 2 aprenderam através da televisão (0,4%) e 30 não sabem onde aprenderam (6,3%).

4.3. Vigilância da saúde oral

No que se refere à vigilância da saúde oral, a maioria dos alunos já foi a uma consulta de medicina dentária (n= 568;96,4%). Dos que já foram a uma consulta de medicina dentária, 361 (61,4%) fizeram-no durante os últimos 12 meses. As idas ao dentista nos últimos 12 meses tiveram uma frequência média de 3,42 (DP=3,2) variando entre 1-20 vezes.

Como os motivos da (s) consulta (s) eram cumulativos, foi utilizado o procedimento multiple response, do qual se concluiu que o motivo mais frequente era consulta de rotina (n= 210;46,4%), seguido do tratamento de dentes estragados/cariados (n= 119; 26,3%), dores de dentes (n= 67;14,8%) e outro motivo (n= 52;11,5%).

O local da consulta decorreu em consultório médico para (n= 370;88,7%) e no Centro de Saúde para (n= 47;11,3%). A maioria dos alunos utilizou o cheque-dentista (n= 233; 54,6%).

Tabela 8- Descrição da vigilância da saúde oral

	n	%
Consulta medicina dentária (n=589)		
Não	21	3,6
Sim	568	96,4
Consulta MD nos últimos 12 meses (n=588)		
Não	112	19,0
Não sei	115	19,6
Sim	361	61,4
Motivo da consulta (n=453)		
Rotina / consulta de prevenção	210	46,4
Dor de dentes	67	14,8
Cara inchada	5	1,1
Tratar dentes estragados / cariados	119	26,3
Outro motivo	52	11,5
Local da consulta(n=417)		
Centro de saúde	47	11,3
Consultório	370	88,7
Cheque dentista (n=427)		
Não	107	25,1
Sim	233	54,6
Não sei	87	20,4

Quando questionado aos alunos se tinham receio em ir ao dentista, 373 (86,3%) não manifestaram ter medo em detrimento de 59 (13,7%) que manifestaram ter medo.

A maioria dos alunos não sabe o que é um selante (n= 296;68,8%) e 81 alunos utilizam selante nos dentes (18,7%).

Tabela 9- Descrição da prevenção

	n	%
Sabe o que é um selante (n=434)		
Não	296	68,8
Sim	134	31,2
Tem selante nos dentes (n=434)		
Não	26	6,0
Sim	81	18,7
Não sei	327	75,3

4.4. Saúde oral

A maioria dos alunos não manifestou dores de dentes nos últimos 12 meses (n= 305; 70,8%). Dos que tiveram dores de dentes, estas dizem respeito em média a 1,6 dentes (DP=1,2), variando entre 1-10 dentes.

Em relação ao sangramento ou dor na gengiva, os alunos não manifestaram esses sintomas (n= 210;48,5%), assim como também não manifestaram ter as gengivas inflamadas (n= 320;74,4%).

Tabela 10- Descrição da saúde oral

	n	%
Dores de dentes nos últimos 12 meses (n=589)		
Não	305	70,8
Sim	126	29,2
Gengivas sangraram ou doeram nos últimos 12 meses (n=433)		
Não	210	48,5
Sim, as vezes	196	45,3
Sim, quase sempre	15	3,5
Sim, sempre	12	2,8
Gengivas inflamadas nos últimos 12 meses (n=430)		
Não	320	74,4
Sim, as vezes	104	24,2
Sim, quase sempre	3	0,7
Sim, sempre	3	0,7

4.5. Hábitos alimentares

Quando questionado aos alunos, sobre se a sua alimentação influencia a saúde oral, 200 responderam afirmativamente (46,8%) responderam afirmativamente.

A maioria dos alunos toma o pequeno-almoço todos os dias (n= 363;84%), seguido dos que só tomam o pequeno-almoço às vezes (n= 47;10,9%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os que consideram que a alimentação influencia a sua saúde oral e os que consideram que não influencia na frequência de tomar o pequeno-almoço (U=21298,5, p=0,175).

A maioria dos alunos come alimentos açucarados às vezes (n= 316;73%), seguido dos que raramente comem alimentos açucarados (n= 70;16,2%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os que consideram que a alimentação influencia a sua saúde oral (mean rank=228,8) e os que consideram que não influencia (mean rank=200,1) na frequência de tomar o pequeno-almoço (U=19551,0, p=0,002), ou seja, parte da amostra apesar de considerar que a alimentação influencia a saúde oral isso não os leva a comer menos alimentos açucarados.

Os alimentos açucarados são principalmente consumidos entre as refeições (n= 217; 50,2%), ou logo após as refeições (n= 193;44,7%).

Quanto ao consumo de água, a água engarrafada é a mais consumida (n= 169;54,7%), seguida da água da rede (n= 55;17,8%) e da água do poço (n= 54;17,5%).

Tabela 11- Descrição dos hábitos alimentares

	n	%
Toma do pequeno-almoço (n=432)		
Nunca	6	1,4
Raramente	16	3,7
Sim, as vezes	47	10,9
Todos os dias	363	84,0
Consumo de alimentos açucarados (n=433)		
Não	11	2,5
Raramente	70	16,2
Sim, as vezes	316	73,0
Todos os dias	36	8,3
Altura em que consome açucarados (n=432)		
Após as refeições	193	44,7
Entre as refeições	217	50,2
Antes de dormir	22	5,1
Tipo de água consumida (n=309)		
Da rede	55	17,8
Do poço	54	17,5
Engarrafada	169	54,7
Não sei	31	10,0

4.6. Suplemento de fluor

Em relação à toma de suplemento de fluor sob a forma de comprimidos, a maioria dos alunos afirma que não toma (n= 174;59%), seguido dos que não sabem se tomam ou não (n= 91;10,2%).

Nos bochechos com fluor, a maioria dos alunos afirma que faz esse procedimento (72,1%), seguido dos que não o fazem (n= 43;14,5%).

Quando questionados sobre o local onde fazem os bochechos, a maioria dos alunos respondeu que faz em casa (n= 143;57,4%), seguido dos que fazem na escola (n= 90; 36,1%) e noutro local (n=11;4,4%).

Quanto ao ser colocado gel com fluor pelo dentista, a maioria dos alunos não sabe (n= 146;49,3%), seguido dos alunos que sabem que o dentista coloca gel com fluor (n=98; 33,1%).

Tabela 12- Descrição da suplementação com flúor

	n	%
Comprimidos de flúor (n=295)		
Não	174	59,0
Sim	30	10,2
Não sei	91	30,8
Bochechos com flúor (n=297)		
Não	43	14,5
Sim	214	72,1
Não sei	40	13,5
Local onde fez bochechos (n=249)		
Em casa	143	57,4%
Na escola	90	36,1%
No dentista	5	2,0%
Outro local	11	4,4%
Gel com flúor colocado pelo médico (n=296)		
Não	52	17,6
Sim	98	33,1
Não sei	146	49,3

4.7. Análise clínica

Em média, a amostra tinha 1,95 (DP=2,3; n=641) dentes cariados, variando entre 0-12 dentes. Duzentos e oitenta e um alunos tinham 1-2 dentes cariados (29,2%) e 252 alunos não tinham dentes cariados (39,3%).

Os dentes perdidos oscilaram entre 0-7, com uma média de 0,17 (DP=0,6; n=641). A maioria dos alunos não tinha perdido nenhum dente (n= 574;89,5%).

Os dentes obturados variaram entre 0-11, com uma média de 0,81 (DP=1,4; n=641). A maioria dos alunos não tinha qualquer dente obturado (n= 418; 65,2%).

O CPOD variou entre 0-15, com uma média de 2,91 (DP=2,9; n=645). A pontuação no CPOD foi de zero para 27,4% (n=177) da amostra, de um a três para 36,9% (n=238) e quatro ou mais para 35,7% (n=230).

Relativamente aos dentes de leite, as cáries foram em média 1,22 (DP=1,7; n=157) variando entre 0-7, com 77 alunos (49%) sem nenhum dente cariado, seguido dos que tinham um ou dois dentes cariados (n= 56; 35,6%).

Nos dentes de leite perdidos, foram observados entre 0-4 dentes de leite perdidos, com uma média de 0,17 (DP=0,6; n=157). A maioria das crianças observadas não tinham qualquer dente de leite perdido (n= 144; 91,7%)

O número de dentes de leite obturados oscilou entre 0-5 com uma média de 0,17 (DP=0,7; n=157). A maioria dos alunos não tinha qualquer dente obturado (n= 143; 91,1%).

O cpod foi em média de 1,10 (DP=1,4; n=157), e variou entre 0-7. A pontuação no cpod foi de zero para 51% (n=80) da amostra, de um a três para 41,4% (n=65) e quatro ou mais para 7,6% (n=12).

O número de selantes observados variou entre 0-16 com uma média de 3,18 (DP=4,0).

Tabela 13- Mínimos, máximos, médias e desvios-padrão de dentes cariados, perdidos, obturados e CPOD e cpod.

Dentes	Mínimo	Máximo	Média	DP
Cariados (n=641)	0	12	1,95	2,3
Perdidos (n=641)	0	7	0,17	0,6
Obturados (n=641)	0	11	0,81	1,4
CPOD (n=645)	0	15	2,91	2,9
Carie em dentes de leite (n=157)	0	7	1,22	1,7
Dentes de leite perdidos (n=157)	0	4	0,17	0,6
Dentes de leite obturados (n=157)	0	5	0,17	0,7
cpod (n=157)	0	7	1,10	1,4
Número de selantes	0	16	3,18	4,0

4.8. Variáveis demográficas vs Hábitos de higiene oral

A amostra do presente estudo possui uma dimensão significativa, apesar de ser bastante assimétrica (assimetria padronizada=6,2), o que levou a que a distribuição da idade se tenha afastado da distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov (694)=0,204, $p<0,001$). Por esse motivo, foram selecionadas provas não paramétricas para os cálculos com esta variável.

Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas idades dos alunos que lavam os dentes todos os dias ($M=13,3$, $DP=1,4$) e dos que não o fazem ($M=13,1$, $DP=1,2$; $U=14622,0$, $p=0,345$).

Os alunos que usam fio dentário são em média mais novos ($M=13,5$, $DP=1,7$) do que aqueles que não usam ($M=14,3$, $DP=1,9$), o que leva a que a diferença seja estatisticamente significativa ($U=29699$, $p<0,001$).

Quanto à idade, verificou-se que esta não se encontra correlacionada com o número de escovagens ($\rho=-0,021$, $p=0,693$).

Tabela 14- Hábitos de higiene oral vs. Idade

	Média de postos	teste	p
Escovagem todos os dias			
Não	207,97	$U=14622,0$	0,345 ^{ns}
Sim	221,24		
Utilização de fio dentário			
Não	313,96	$U=29699,0$	<0,001**
Sim	250,03		
Número de escovagens por dia		$\rho=-0,021$	0,693 ^{ns}

^{ns}Não significativo; ** $p<0,01$.

De modo a estudar as habilitações dos progenitores, foram agregados todos os níveis que dizem respeito à formação em instituição de ensino superior, criando a categoria “formação superior”, o que permite ter frequências observadas suficientes para o cálculo de estatística inferencial.

Apesar do teste de Qui-quadrado não ter sido significativo ($\chi^2(4)=8,79$, $p=0,066$), existe uma clara tendência para que a medida que as habilitações literárias dos pais aumentem também aumente a proporção de alunos que lavam os dentes todos os dias.

Relativamente à utilização de fio dentário, o teste de Qui-quadrado foi significativo ($\chi^2(4)=12,50$, $p=0,014$), observando-se um progressivo aumento da utilização de fio dentário com a crescente habilitação do pai.

Quanto às habilitações literárias da mãe, o teste de Qui-quadrado foi significativo na escovagem diária dos dentes ($\chi^2(4)=12,93$, $p=0,012$) e na utilização do fio dentário ($\chi^2(4)=13,97$, $p=0,007$), com tendência para que quanto maior for a habilitação literária da mãe mais frequente seja a escovagem diária dos dentes e a utilização do fio dentário.

Tabela 15- Hábitos de higiene VS. habilitações literárias dos pais

Habilitações do pai	<4 anos	4-6 anos	7-9 anos	10-12 anos	Formação superior
Escova os dentes todos os dias					
Não	14 (29,2%)	31 (22,8%)	14 (16,5%)	13 (14,9%)	4 (8,9%)
Sim	34 (70,8%)	105 (77,2%)	71 (83,5%)	74 (85,1%)	41 (91,1%)
Usa fio dentário					
Não	51 (75,0%)	133 (70,4%)	50 (54,9%)	68 (65,4%)	29 (53,7%)
Sim	17 (25,0%)	56 (29,6%)	41 (45,1%)	36 (34,6%)	25 (46,3%)
Habilitações da mãe	<4 anos	4-6 anos	7-9 anos	10-12 anos	Formação superior
Escova os dentes todos os dias					
Não	7 (25,0%)	26 (31,0%)	15 (14,0%)	22 (17,6%)	7 (11,1%)
Sim	21 (75,0%)	58 (69,0%)	92 (86,0%)	103 (82,4%)	56 (88,9%)
Usa fio dentário					
Não	36 (80,0%)	106 (74,1%)	67 (59,8%)	87 (60,4%)	46 (58,2%)
Sim	9 (20,0%)	37 (25,9%)	45 (40,2%)	57 (39,6%)	33 (41,8%)

Os alunos do género feminino escovam os dentes todos os dias mais frequentemente do que os alunos do género masculino, existindo por isso uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 (1)=17,15$, $p<0,001$).

Os alunos do género feminino ($M=2,1$; $DP= 0,6$) escovam os dentes por dia significativamente mais vezes do que os alunos do género masculino ($M=1,9$; $DP= 0,7$; $U=12354,5$, $p=0,003$).

Em contrapartida, não foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre géneros na utilização de pasta com fluor ($\chi^2 (1)=1,06$, $p=0,304$), nem na utilização de fio dentário ($\chi^2 (1)=0,46$, $p=0,500$).

O local de residência não se mostrou relevante para explicar a lavagem diária dos dentes nem a utilização ou não de fio dentário, pelo que a diferença não foi estatisticamente significativa ($\chi^2 (2)=4,51$, $p=0,105$; $\chi^2 (2)=2,12$, $p=0,346$).

Não existem diferenças significativas no número de escovagens por dia em função do local de residência ($U=1,44$, $p=0,488$).

Tabela 16- Comportamentos de higiene oral VS. género e local de residência

	Género		Residência						
	Masculino	Feminino	χ^2	p	Aldeia	Vila	Cidade	χ^2	p
Escovagem todos os dias	71,1%	87,6%	17,15	<0,001**	79,7%	71,2%	86,4%	4,51	0,105 ^{ns}
Utilização de fio dentário	32,1%	35,1%	0,46	0,500 ^{ns}	35,3%	35,4%	28,8%	2,12	0,346 ^{ns}
	MP	MP	U	P	MP	MP	MP	U	p
Número de escovagens	157,7	184,5	12354,5	0,003	169,9	172,3	185,0	1,44	0,488

^{ns}Não significativo; ** $p<0,01$.

4.9. Percepção da saúde oral vs Hábitos de higiene oral

Quando questionados acerca da sua saúde oral, os alunos responderam numa escala de cinco pontos de 1 - “muito boa” a 5 - “muito fraca”, ou seja, a escala cresce no sentido de uma pior percepção da sua saúde oral, sendo uma variável de tipo Likert com um nível de mensuração ordinal.

Os alunos que escovam os dentes todos os dias têm uma percepção mais positiva da sua saúde oral do que os sujeitos que não o fazem ($U=8989,0$, $p<0,001$).

Não foram observadas diferenças entre quem usa e não usa fio dentário na percepção acerca da saúde oral ($U=21273,5$, $p=0,565$). A percepção acerca da saúde oral não está correlacionada com o número de escovagens por dia ($\rho=-.082$, $p=0,132$).

Tabela 17- Hábitos de higiene oral vs. percepção da saúde oral

	Média de postos	U	p
Escovagem todos os dias			
Não	289,0	8989,0	<0,001
Sim	199,1		
Utilização de fio dentário			
Não	217,49	21273,5	0,565
Sim	211,13		
Número de escovagens por dia		$\rho=-0,082$	0,132

^{ns}Não significativo; ^{**} $p<0,01$.

Os alunos classificaram a sua informação sobre a higiene e saúde oral numa escala de quatro pontos de 1 - “muito” a 4 - “nada”, sendo também uma variável de tipo Likert com um nível de mensuração ordinal.

Os alunos que escovam os dentes todos os dias consideram-se mais informados sobre a higiene e saúde oral do que aqueles que não o fazem ($U=11481,0$, $p<0,001$).

Não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na informação sobre higiene e saúde oral em função da utilização de fio dentário ($U=-1,573$, $p=0,116$).

Os mais informados tendem a fazer mais escovagens, porém a correlação foi significativa mas de baixa magnitude ($\rho=-0,189$, $p<0,001$).

Tabela 18- Hábitos de higiene oral vs. informação sobre higiene e saúde oral

	Média de postos	U	p
Escovagem todos os dias			
Não	260,00	11481,0	<0,001**
Sim	205,88		
Utilização de fio dentário			
Não	220,90	-1,573	0,116 ^{ns}
Sim	204,60		
Número de escovagens por dia		rho=-0,189**	<0,001**

^{ns}Não significativo; **p<0,01.

4.10. Hábitos de higiene oral vs CPOD

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que afirmaram lavar os dentes todos os dias e os que afirmaram não o fazer nas pontuações do CPOD (U=11047,5, p=0,141) e do cpod (U=417,0, p=0,122).

Na variável momento do dia em que a escovagem é efetuada, onde os sujeitos podiam assinalar mais do que uma opção foi considerado isoladamente cada momento e foi obtida uma pontuação para o número de vezes em que é efetuada a escovagem. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que escovam e os que não escovam os dentes: de manhã no cpod (U=12198,0, p=0,622) e no cpod (U=342,5, p=0,474); ao fim de almoço cpod (U=9429,0, p=0,237) e no cpod (U=236,5, p=0,340); o cálculo não foi efetuado para o lanche por ser observado um pequeno número de sujeitos que o fazem; ao fim do jantar no cpod (U=13950,0, p=0,229) e no cpod (U=528,5, p=0,918); antes de deitar cpod (U=16749,0, p=0,984) e no cpod (U=429,5, p=0,053).

O número de escovagens registadas pelos alunos teve uma correlação de Spearman de -0,033 (p=0,570) com o cpod e de -0,284 (p=0,041) com o cpod, esta última significativa, mas de baixa magnitude. Se considerarmos o somatório dos momentos de escovagem assinalados, a correlação não foi significativa para o cpod mas foi para o

cpod, porém de baixa magnitude ($\rho=-0,062$, $p=0,224$ e $\rho=-0,255$, $p=0,031$, respectivamente).

O tempo de escovagem não se correlaciona significativamente nem com o CPOD ($\rho=0,045$, $p=0,437$) nem com o cpod ($\rho=0,103$, $p=0,476$).

Relativamente à área da boca que é escovada também não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre áreas nas pontuações no CPOD [$H(3)=2,948$, $p=0,400$] e no cpod [$H(3)=4,393$, $p=0,222$].

Na utilização de pasta com fluor, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que usam pasta com fluor e os que não usam nas pontuações no CPOD ($U=2509,0$, $p=0,113$). A diferença também não foi estatisticamente significativa no cpod ($U=142,0$, $p=0,556$).

Apenas nove alunos registaram não saber lavar corretamente os dentes e, por isso, não foram incluídos nas análises. Comparando os que afirmaram saber escovar os dentes bem e aqueles que sabem razoavelmente nas pontuações no CPOD a diferença não foi estatisticamente significativa ($U=17276,0$, $p=0,441$), o mesmo acontecendo no cpod ($U=498,0$, $p=0,176$).

Quanto pior o aluno descreve a sua saúde oral, maior a pontuação no CPOD ($\rho=0,199$, $p<0,001$) e quanto menor informação considera ter maior a pontuação no CPOD ($\rho=0,125$, $p=0,014$), apesar de significativas as correlações são de baixa magnitude. No cpod nenhuma das correlações foi significativa ($\rho=0,065$, $p=0,589$ e $\rho=0,095$, $p=0,433$, respectivamente).

Tabela 19- Comportamentos de higiene oral e pontuações no CPOD e cpod

	CPOD		cpod	
	U	p	U	p
Escovagem todos os dias	11047,5	0,141 ^{ns}	417,0	0,122 ^{ns}
Momento do dia:				
Manhã	12198,0	0,622 ^{ns}	342,5	0,474 ^{ns}
Ao fim do almoço	9429,0	0,237 ^{ns}	236,5	0,340 ^{ns}
Ao fim do jantar	13950,0	0,229 ^{ns}	528,5	0,918 ^{ns}
Antes de deitar	16749	0,984 ^{ns}	429,5	0,053 ^{ns}
Pasta com fluor	2509,0	0,113 ^{ns}	142,0	0,556 ^{ns}
Sabe escovar os dentes de forma correta	17276,0	0,441 ^{ns}	498,0	0,176 ^{ns}
Utilização de fio dentário	28679,0	0,120 ^{ns}	404,0	0,308 ^{ns}
	rho	p	rho	p
Número de escovagens	-0,033	0,570	-0,284	0,041 [*]
Tempo de escovagem	0,045	0,437 ^{ns}	0,103	0,476 ^{ns}
Descrição da saúde oral própria	0,199	<0,001 ^{**}	0,065	0,589 ^{ns}
Informação acerca da saúde oral	0,125	0,014 [*]	0,095	0,433 ^{ns}
	H(3)	p	H(3)	p
Área escovada	2,948	0,400 ^{ns}	4,393	0,222 ^{ns}

^{ns}Não significativo

4.11. Percepção da saúde oral vs CPOD

Quando questionados sobre a sua saúde oral, os alunos responderam numa escala de cinco pontos de 1 - “muito boa” a 5 - “muito fraca”, esta percepção da sua saúde oral foi correlacionada com o CPOD ($\rho=0,199$, $p<0,001$, $n=386$), a correlação obtida foi de baixa magnitude, mas estatisticamente significativa. A correlação do cpod com esta variável não foi estatisticamente significativa ($\rho=0,065$, $p=0,589$, $n=71$).

Os sujeitos classificaram a sua informação sobre a higiene e saúde oral numa escala de quatro pontos de “muito” a “nada”, a sua correlação com o CPOD foi significativa ($\rho=0,125$, $p=0,014$, $n=386$), mas não com o cpod ($\rho=0,095$, $p=0,433$, $n=70$).

4.12. Variáveis demográficas vs CPOD

O CPOD obteve uma correlação positiva de baixa magnitude, mas significativa com a idade ($\rho=0,260$, $p<0,001$, $n=645$). Para o cpod, a correlação não foi estatisticamente significativa ($\rho=0,125$, $p=0,118$, $n=157$).

Apesar de tanto no CPOD como no cpod se verificar um decréscimo com o aumento das habilitações literárias do pai, o teste de Kruskal-Wallis não foi estatisticamente significativo para qualquer dos índices [$H(4)=6,77$, $p=0,148$; $H(4)=3,86$, $p=0,425$, respetivamente].

Relativamente às habilitações das mães, os CPOD mais elevados surgem nos dois níveis mais baixos de escolaridade e o mais baixo no grupo das mães com formação superior, levando a uma diferença não estatisticamente significativa ($H(4)=5,80$, $p=0,215$). No cpod a tendência é menos clara com os valores mais baixos no grupo de mães com escolaridades entre os 10 e os 12 anos e o mais elevado no grupo de mães com 4 a 6 anos de escolaridade ($H(4)=13,69$, $p=0,008$), os testes *post hoc* foram significativos para o par 4-6 e 10-12 anos de escolaridade.

As pontuações no CPOD não foram significativamente diferentes entre géneros ($U=51377,0$, $p=0,803$). No cpod a pontuação foi significativamente superior no género masculino ($U=2512,5$, $p=0,036$).

Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas no CPOD em função do local de residência ($H(2)=15,45$, $p<0,001$) com os alunos da cidade a obterem pontuações superiores aos da vila ($p=0,001$) e da aldeia ($p=0,008$). No cpod, as diferenças não foram estatisticamente significativas (nenhum aluno morava em cidade).

Tabela 20- Habilitações literárias dos pais VS. CPOD e cpod

Habilitações do pai	<4 anos	4-6 anos	7-9 anos	10-12 anos	Formação superior	H	p
CPOD	290,02	272,28	245,52	253,47	234,45	6,77	0,148 ^{ns}
cpod	69,42	67,62	61,04	51,89	59,50	3,86	0,425 ^{ns}
Habilitações da mãe	<4 anos	4-6 anos	7-9 anos	10-12 anos	Formação superior	H	p
CPOD	284,54	285,45	258,56	278,68	240,10	5,80	0,215 ^{ns}
cpod	53,10	74,62	65,52	44,24	65,35	13,69	0,008 ^{**}
Gênero	Masculino	Feminino				U	p
CPOD	321,25	324,86				51377,0	0,803 ^{ns}
cpod	85,59	71,42				2512,5	0,036 [*]
Local de Residência	Aldeia	Vila	Cidade				
CPOD	314,95	277,98	365,81			15,45	p<0,001
cpod	74,20	85,97				U=2530,0	0,086

^{ns}Não significativo; ^{**}p<0,01.

4.13. Hábitos alimentares vs CPOD

Os alunos que consomem álcool (M=3,5, DP=3,0) têm pontuações superiores no CPOD relativamente aos seus colegas que não consomem (M=2,6, DP=2,6; U=8816,0, p=0,042).

Apenas 11 alunos afirmaram não comer doces e dos 36 que consumiam todos os dias, para o teste de diferenças a variável foi recodificada agregando as categorias “não” com “raramente” e as “sim às vezes” com “todos os dias”.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no CPOD e no cpod em função do consumo de alimentos açucarados (U=4784,5, p=0,325; U=127,0, p=0,883, respetivamente).

Tabela 21- Consumo de álcool e alimentos açucarados VS. CPOD e cpod

Consumo de álcool	Não	Sim	U	p
CPOD	188,9	219,4	8816,0	0,042 [*]
Alimentos açucarados	Não ou raramente	Às vezes ou todos os dias		
CPOD	186,9	206,7	4784,5	0,325 ^{ns}
cpod	35,6	34,3	127,0	0,883 ^{ns}

^{ns}Não significativo; ^{*}p<0,05.

Os alunos que fizeram uma ou mais consultas de medicina dentária no último ano não se distinguiram significativamente no índice CPOD daqueles que não fizeram qualquer

consulta ($U=15831,0$, $p=0,123$), o mesmo acontecendo com o índice cpod ($U=234,0$, $p=0,981$).

4.14. Constituição da escala para avaliação dos comportamentos de saúde oral em adolescentes

Neste ponto é descrita a escala utilizada para a avaliação dos comportamentos de saúde oral em adolescentes, assim como as questões/variáveis para inclusão na escala.

O processo de constituição de escalas foi devidamente estruturado para a perceção dos comportamentos de saúde oral dos adolescentes. Desse modo, foram seleccionadas as seguintes questões/variáveis para inclusão na escala, cuja recolha de dados foi efetuada com recurso ao questionário autoaplicado aos adolescentes (Anexo I):

Como descreves a tua saúde oral?

1 "Muito boa	2 "Boa	3 "Razoável	4 "Frac	5 "Muito frac
--------------	--------	-------------	---------	---------------

Consideras-te informado sobre higiene oral/saúde oral?

1 "Muito	2 "Razoável	3 "Pouco	4 "Nada
----------	-------------	----------	---------

Escovas os dentes todos os dias?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

Se escovas todos os dias, quantas vezes escovas os dentes por dia? _____ vezes

De cada vez que fazes a tua higiene oral, em média, quanto tempo demoras? _____ minutos.

Como realizas a tua higiene oral?

- 1 ☐ Escovo as gengivas, dentes e língua
- 2 ☐ Escovo os dentes e a língua
- 3 ☐ Escovo os dentes e a gengiva
- 4 ☐ Escovo apenas os dentes

Utilizas uma pasta de dentes com flúor?

- 0 ☐ Não
- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não sei/não me lembro

Em relação à escovagem, sabes escovar os dentes de forma correcta?

- 0 ☐ Não
- 1 ☐ Razoavelmente
- 2 ☐ Sim

Costumas utilizar o fio dentário?

- ☐ Não
☐ Sim, às vezes
☐ Sim, diariamente
☐ Não sei o que é o fio dentário

Alguma vez foste consultado(a) por um médico dentista?

- ☐ Não ☐ Sim

Nos últimos 12 meses foste consultado(a) por um médico dentista?

- ☐ Não
☐ Não sei/não me lembro
☐ Sim

Nos últimos 12 meses, tiveste dor de dentes?

- ☐ Não
☐ Sim

Nos últimos 12 meses as tuas gengivas sangraram ou doeram durante a escovagem dos dentes?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, às vezes	<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, sempre
------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------

Nos últimos 12 meses alguma vez tiveste as gengivas inflamadas (avermelhadas)?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, às vezes	<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, sempre
------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------

Costumas comer alimentos açucarados?

- ☐ Não
☐ Raramente
☐ Sim, às vezes
☐ Todos os dias

Quando é que costumas comer alimentos açucarados?

- ☐ Após as refeições
☐ Entre as refeições
☐ Antes de ir dormir

Os dados epidemiológicos nos quais nos baseamos para operacionalizar estas variáveis, assenta nos seguintes critérios empíricos:

- A moderada prevalência de doenças orais, nomeadamente cárie dentária, na população adolescente

A cárie dentária na população adolescente continua a ser a patologia crónica mais frequente nos adolescentes, sendo mais comum nas crianças com idades compreendidas entre os 5-17 anos de idade, devido à uma má higiene oral, que se traduzirá no aparecimento de patologias dentárias durante a infância, a juventude e a idade adulta; a nível psicológico; a nível de saúde em geral e na qualidade de vida da família ^[4].

O estudo realizado pela DGS (2008) sobre a prevalência de cárie dentária, fluorose dentária e periodontal aos 6 anos de idade, concluiu que cerca de 51% das crianças portuguesas não manifestavam cáries dentárias, sendo o índice de DMFT aos 6, 12 e 15 anos de 0.07, 1.48 e 3.04 respetivamente [3].

Por outro lado, o estudo realizado por Rodrigues e Reis (2008), evidenciou que a prevalência da cárie dentária entre as crianças portuguesas de 6 anos é de 49%, passando para 72% aos 15 anos, pelo que se torna necessário investir na melhoria dos programas de promoção da saúde oral para as crianças e jovens, de modo a prevenir as patologias orais [36].

- A moderada frequência de escovagem pelo menos 2 vezes/dia

Segundo o estudo realizado pela DGS (2008), aproximadamente 50% das crianças com 6 anos e 67-69% dos jovens com 12 e 15 anos utilizam escova de dentes, pelo menos duas vezes por dia, com um dentífrico com fluor [3].

Este procedimento é essencial na higiene oral, uma vez que permite remover a placa dentária e restos alimentares. Para a sua maior eficácia, a escovagem deve ser complementada com a utilização de um dentífrico com fluor e realizada pelo menos duas vezes por dia [8] [40].

- A utilização diária muito frequente e deficiente do fio dentário

Apesar da sua relevância, a utilização do fio dentário não é frequente nos jovens, pelo que se torna essencial a sua implementação e respetiva utilização, de modo a evitar o desenvolvimento de cárie dentária nas superfícies interproximais dos dentes e doenças periodontais [41] [42].

- Recurso moderado do adolescente à consulta ao médico dentista

Quanto à consulta ao médico dentista, a mesma deve ser regular ou pelo menos uma vez a cada seis meses, o que facilita o diagnóstico de patologias orais, informações sobre os tratamentos mais adequados e medidas preventivas, tais como a aplicação tópica de selantes de fluor e fissura [43].

Para todas as variáveis foi atribuída um índice numérico conforme se segue:

Como descreves a tua saúde oral:

Para a obtenção do índice de como descreve a sua saúde oral utilizámos os seguintes itens “Muito boa”; “Boa”; “Razoável”; “Fracas”; “Muito fracas” com a atribuição de um score, revelando que quanto menor o índice pior a saúde oral do adolescente:

Variáveis	Cotação
Como descreves a tua saúde oral	
Muito boa	4
Boa	3
Razoável	2
Fracas	1
Muito fracas	0

Consideras-te informado sobre higiene oral/saúde oral:

Para a obtenção do índice de relativo ao nível de informação sobre higiene oral/saúde oral utilizámos os seguintes itens “Muito”; “Razoável”; “Pouco”; “Nada” com a atribuição de um score, revelando que quanto menor o índice pior o nível de conhecimentos e informação sobre saúde oral do adolescente:

Variáveis	Cotação
Consideras-te informado sobre higiene oral/saúde oral?	
Muito	3
Razoável	2
Pouco	1
Nada	0

Escovagem dos dentes

Com base nas variáveis do questionário “Escovas os dentes todos os dias”, “quantas vezes escovas os dentes por dia” procedeu-se à determinação de um índice numérico de escovagem dos dentes assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Escovas os dentes todos os dias	
Não	0
Sim	1
Quantas vezes escovam os dentes por dia	
≥ 3 vezes durante o dia	3
2 vezes/dia	2
1 vez/dia	1
< de 1 vez/dia	0

Tempo médio de higiene oral

Com base nas variáveis do questionário “De cada vez que fazes a tua higiene oral, em média, quanto tempo demoras?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico de minutos despendidos na higiene oral assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Tempo médio de higiene oral	
≥ 3 minutos	3
2 minutos	2
1 minuto	1
Menos de um minuto	0

Realização da higiene oral

Com base nas variáveis do questionário “Como realizas a tua higiene oral?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico da forma como era realizado a higiene oral assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Realização da higiene oral	
Escovo as gengivas, dentes e língua	3
Escovo os dentes e a língua	2
Escovo os dentes e gengiva	1
Escovo apenas os dentes	0

Utilização de pasta dentífrica com flúor

Com base nas variáveis do questionário “Utilizas uma pasta de dentes com flúor?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico tendo em conta a utilização da pasta dentífrica referida no questionário e assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Utilização de pasta de dentes com flúor	
Sim	1
Não	0
Não sei	0

Consciência de escovagem correta

Com base nas variáveis do questionário “Em relação à escovagem, sabes escovar os dentes de forma correta?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico referente à consciência da realização de uma escovagem correta assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Consciência da realização de uma escovagem correcta	
Sim	2
Razoavelmente	1
Não	0

Utilização do fio dentário.

Com base nas variáveis do questionário “Costumas utilizar o fio dentário?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à utilização do fio dentário pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Utilização do fio dentário	
Sim, diariamente	2
Sim, às vezes	1
Não	0
Não sei o que é o fio dentário	0

Consulta ao médico dentista.

Com base nas variáveis do questionário “Alguma vez foste consultado(a) por um médico dentista?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à consulta ao médico dentista pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Consulta ao médico dentista	
Sim	1
Não	0

Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses.

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses foste consultado(a) por um médico dentista?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à consulta ao médico dentista pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Consulta ao médico dentista (últimos 12 meses)	
Sim	1
Não	0
Não sei/não me lembro	0

Odontalgia.

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses, tiveste dor de dentes?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à consulta ao médico dentista pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Odontalgia	
Sim	1
Não	0

Hemorragia gengival durante a escovagem.

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses as tuas gengivas sangraram ou doeram durante a escovagem dos dentes?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à hemorragia gengival durante a escovagem pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Hemorragia gengival durante a escovagem (últimos 12 meses)	
Não	3
Sim, às vezes	2
Sim, quase sempre	1
Sim, sempre	0

Inflamação gengival.

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses alguma vez tiveste as gengivas inflamadas (avermelhadas)?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à presença de inflamação gengival pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Inflamação gengival (últimos 12 meses)	
Não	3
Sim, às vezes	2
Sim, quase sempre	1
Sim, sempre	0

Consumo de alimentos açucarados.

Com base nas variáveis do questionário “Costumas comer alimentos açucarados?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo consumo de alimentos açucarados pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Consumo de alimentos açucarados	
Não	3
Raramente	2
Sim, às vezes	1
Todos os dias	0

Consumo de alimentos açucarados entre e/ou após as refeições.

Com base nas variáveis do questionário “Quando é que costumas comer alimentos açucarados?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo ao período de consumo de alimentos açucarados pelo adolescente assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Variáveis	Cotação
Consumo de alimentos açucarados entre e/ou após as refeições	
Após as refeições	2
Entre as refeições	1
Antes de ir dormir	0

Do somatório dos índices parcelares das variáveis resulta o valor global da higiene oral que apresenta um valor mínimo de 14 e um máximo de 34.

De acordo com a tendência de resposta quanto menor for este índice, menos adequado será considerado os comportamentos de saúde oral e o nível de higiene oral dos adolescentes. Tendo por base a fórmula Média (M) \pm 0,25 Desvio Padrão (dp) preconizada por Pestana e Gageiro (2004), foram agrupados grupos de corte que permitirão a seguinte classificação referente aos comportamentos de saúde oral em adolescentes ^[89]:

Insuficiente - ($\leq M-0,25$ dp)

Suficiente – ($> M-0,25$ dp < $M+0,25$ dp)

Boa - ($\geq M+0,25$ dp)

Pelos dados Skewness e kurtosis se os grupos são homogêneos, o mais correto será utilizar (Média \pm 0,25 desvio padrão), contudo, se não se tratarem de grupos homogêneos podemos utilizar a seguinte fórmula (Mediana \pm 0,25 intervalo interquartil).

Pelos cálculos realizados, verificamos que: Média = 24,55; Dp = 3,01. Assim, obtemos a seguinte classificação para determinação do nível de comportamentos de saúde oral de um adolescente que responda ao questionário colocado:

Insuficiente - ($\leq 23,8$)

Intermédia / suficiente – ($> 23,8$ e $<25,3$)

Boa - ($\geq 25,3$)

De acordo com os percentis obtidos:

Percentile 25 – 23 pontos

Percentile 50 – 24,5 pontos

Percentile 75 – 27,0 pontos

Pelos percentis, conseguimos estabelecer os seguintes pontos de corte finais para classificação dos comportamentos de saúde oral:

Insuficiente - ($\leq 23,0$)

Intermédia / suficiente – (23,0 - 27,0)

Boa - ($\geq 27,0$)

Analisando a amostra incluída no presente estudo, verificamos após aplicação da escala criada, que:

- 67,9% da amostra apresenta, na sua globalidade, comportamentos de saúde oral insuficientes;
- 23,9% intermédia/suficiente
- e apenas 8,2% apresentam o que é considerado na escala como tendo uma boa classificação em termos de comportamentos de saúde oral respeitando os pressupostos definidos para a elaboração da presente escala.

DISCUSSÃO

5. Discussão

Neste ponto é realizada a discussão dos resultados obtidos com a amostra do presente estudo consoante os objetivos predefinidos.

5.1. Discussão dos resultados

Os objetivos predefinidos do presente estudo passam por avaliar os conhecimentos e as práticas dos jovens no que se refere aos comportamentos de saúde oral, assim como a criação de uma escala para classificação dos mesmos comportamentos de saúde oral.

Como objetivos específicos nomearam-se os seguintes:

- **Verificar quais os hábitos dos adolescentes no que se refere ao consumo de álcool e tabaco**

No que se refere ao consumo de álcool, a maioria dos alunos afirma não consumir álcool. Dos que consomem álcool, 73 fazem-no ocasionalmente, sendo mais frequente no género masculino, o que corrobora os estudos de Barreto *et al.*, (2010) e Ferreira e Torgal (2010), onde se conclui que 56.2% dos adolescentes que consomem álcool pertencem ao género masculino ^[90] ^[91].

Quanto aos hábitos tabágicos, a maioria dos alunos afirma que não fuma, o que vai ao encontro dos estudos realizado por Hibell *et al.*, (2012) e Ferreira e Torgal (2010), onde se observou que a maioria dos adolescentes também não possui hábitos tabágicos, apresentando uma taxa de 18,6% de adolescentes fumadores que é superior à taxa obtida no presente estudo (4,4%) ^[91] ^[92].

Nos estudos realizados por Hibell *et al.*, (2012) e Ferreira e Torgal (2010), verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre géneros e o consumo de tabaco, ou seja, o género masculino apresenta uma taxa mais elevada (23,9%) do que o género feminino (12,6%) no que concerne ao consumo de tabaco ^[91] ^[92]. Este resultado vai ao encontro do presente estudo, onde existem mais fumadores do género masculino (n=12; 5,5) do que do género feminino (n=7; 3,2).

Segundo a OMS (2012), constituem fatores de riscos da saúde oral, uma dieta não saudável, uso de tabaco, uso abusivo de álcool e higiene oral incorreta ou inexistente [93]. O que neste estudo não se verifica, uma vez que a maioria dos alunos não consome nem álcool nem tabaco, pelo que se pode afirmar que neste aspeto, a maioria dos alunos manifesta uma boa saúde oral.

Relativamente aos hábitos de higiene oral, metade dos alunos considera que a sua saúde oral é “boa”.

Na informação sobre os hábitos de higiene oral, os alunos responderam que possuem informação razoável sobre os mesmos, sendo a correlação de Spearman entre a perceção que o sujeito tem acerca da sua saúde oral e a informação que pensa ter sobre o assunto é significativa, apesar de ter uma magnitude muito baixa.

No estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2008), verificou-se que o aumento do risco de doença oral encontra-se relacionado com o baixo nível socioeconómico, baixas habilitações e fatores culturais, o que dificulta o acesso à informação e à saúde [37]. Como no presente estudo, os alunos responderam que possuem informação razoável sobre os hábitos de higiene oral, pode-se deduzir que os alunos pertencem a um nível socioeconómico médio, assim como os respetivos pais possuem habilitações (4º e 6º ano) ou os encarregados de educação (10º-12º ano) e fatores culturais intermédios.

A maioria dos alunos afirma escovar os dentes todos os dias, fazendo-o entre 1-5 vezes por dia, com uma média de 2,03 escovagens e um tempo de escovagem entre 1 minuto e 30 minutos, o que vai ao encontro do estudo da DGS (2008), onde aproximadamente 50% das crianças com 6 anos e 67-69% dos jovens com 12 e 15 anos utilizam escova de dentes, pelo menos duas vezes por dia, com um dentífrico com flúor [3].

Em contrapartida, o estudo realizado por Almeida *et al.*, (2003), demonstra que apenas 31% das crianças portuguesas de 6 anos escova os dentes duas vezes por dia, o que difere do presente estudo, uma vez que a maioria dos alunos escova os dentes entre 1-5 vezes por dia [94].

Os alunos do género feminino escovam os dentes todos os dias mais frequentemente do que os alunos do género masculino, existindo por isso uma diferença estatisticamente significativa, o que vai ao encontro do estudo de Poutanen *et al.*, (2007), onde se verifica que os jovens do género feminino manifestam um maior cuidado com a sua saúde oral comparativamente aos jovens do género masculino [95].

Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas idades dos alunos que lavam os dentes todos os dias e dos que não o fazem. Esta situação também foi observada na variável local de residência, onde a maioria dos alunos da cidade realizam a escovagem diária dos dentes (86,4%), sendo por sua vez na vila que se verifica a maior utilização do fio dentário (35,4%). Este resultado também é encontrado no estudo de Pereira *et al.*, (2013), onde os alunos residentes em áreas urbanas escovam 2 vezes por dia os dentes (36,9%) comparativamente aos que residem em áreas rurais 16,7%) [67].

Relativamente ao momento da escovagem dos dentes, os alunos costumam escovar as gengivas, língua e dentes, o que corrobora o estudo de Pereira *et al.*, (2013), onde 42,8% dos alunos costumam escovar as gengivas, língua e dentes, sendo esta taxa superior à taxa obtida no presente estudo (41,5%) [67].

O período da manhã é o mais frequente para a escovagem dos dentes, seguido do período antes de deitar, o que vai ao encontro do estudo realizado pela DGS (2008), onde a escovagem é feita pelos jovens no período antes de deitar [3].

Os alunos também utilizam pasta com fluor e consideram saber escovar os dentes de forma correta, o que resulta na diminuição dos níveis de cárie dentária, como comprova o estudo de Pereira *et al.* (2003) [41].

O presente estudo corrobora o estudo realizado pela DGS (2008), uma vez que se verificou que as crianças portuguesas manifestam uma melhoria nos comportamentos de saúde oral, devido ao aumento da frequência de escovagem, utilização de dentífrico com fluor e aumento do número de consultas no médico dentista [3].

Por sua vez, a maioria dos alunos não utiliza fio dentário e os que o utilizam são em média mais novos do que aqueles que não o fazem, o que leva a que a diferença seja estatisticamente significativa. O presente estudo vai ao encontro dos estudos realizado por Sambunjak *et al.*, (2011) e Pereira *et al.*, (2013), na medida em que o fio dentário não é utilizado pela maior parte dos jovens, pelo que existe uma necessidade de educar as pessoas para a sua utilização diária [42] [67]. No estudo da DGS (2008), a utilização de fio dentário é feita por 14% e 10% dos jovens com 12 e 15 anos, respetivamente [3].

Na utilização de fio dentário, o teste de qui-quadrado foi significativo, observando-se um progressivo aumento da utilização de fio dentário com a crescente habilitação do pai, o que corrobora o estudo realizado por Ravaghi *et al.*, (2013), na medida em que os

jovens que possuem mais cuidados de saúde oral são aqueles que possuem melhores condições socioeconómicas, que residem em áreas urbanas e cujos pais realizam consultas médicas e odontológicas regulares ^[44].

Quanto às habilitações literárias da mãe, o teste de qui-quadrado foi significativo na escovagem diária dos dentes e na utilização do fio dentário, com tendência para que quanto maior for a habilitação literária da mãe mais frequente seja a escovagem diária dos dentes e a utilização do fio dentário, o que corrobora o estudo realizado por Ravaghi *et al.*, (2013) ^[44].

Também no estudo de Pereira *et al.*, (2013), é possível observar que quanto maior forem as habilitações dos pais, maior é o número de vezes de escovagem diária, sendo 12,6% os que escovam menos de uma vez por dia, 43,2% os que escovam uma vez por dia e 44,2% os que escovam 2 ou mais vezes por dia ^[67].

Na utilização diária do fio dentário, existe uma prevalência do género feminino (35,1%) comparativamente ao género masculino (32,1%), o que vai ao encontro do estudo de Pereira *et al.*, (2013), onde a taxa de utilização diária de fio dentário no género feminino é de 4,6% e no género masculino é de 4,1% ^[67].

Quando questionados sobre o local onde fazem os bochechos, a maioria dos alunos respondeu que faz em casa, seguido dos que fazem na escola e noutro local.

Na vigilância da saúde oral, a maioria dos alunos já foi a uma consulta de medicina dentária, durante os últimos 12 meses, tendo uma frequência média de 3,42, variando entre 1-20 vezes. Este resultado corrobora o estudo de Pereira *et al.*, (2013), uma vez que a maioria dos alunos (55%) consultou um médico dentista durante os últimos 12 meses ^[67].

O motivo da consulta passou pela consulta de rotina (46,4%), tratamento de dentes estragados/cariados (26,3%), dores de dentes (14,8%) e outro motivo (11,5). O presente estudo corrobora o estudo da DGS (2008), na medida em que 85% dos jovens consultam o médico dentista para a realização de uma consulta de rotina ^[3]. Também no estudo realizado por Pereira *et al.*, (2013), observou-se que os motivos mais frequentes da consulta são de rotina (49,8%) e odontalgias (27,8%) ^[67].

Por sua vez, o local da consulta decorreu em consultório médico e no Centro de Saúde, tendo sido utilizado o cheque-dentista pela maioria dos alunos.

Quando questionado aos alunos se tinham receio em ir ao dentista, a maioria não manifestou ter medo, assim como não sabe o que é um selante, não sentiu dores de dentes nos últimos 12 meses e não sangrou ou teve dores nas gengivas.

No total, a amostra tinha dentes cariados, variando entre 0-12 dentes. A maioria dos alunos não tinha perdido nenhum dente, oscilando entre 0-7, com uma média de 0,17.

A maioria dos alunos não tinha qualquer dente obturado, com uma variação entre 0-11 e com uma média de 0,81.

Relativamente aos dentes de leite, nenhum aluno tinha dentes cariados, variando entre 0-7 e com uma média de 1,22. Nos dentes de leite perdidos, a maioria dos alunos não tinha qualquer dente de leite perdido, variando entre 0-4 dentes de leite perdidos, com uma média de 0,17.

A maioria dos alunos não tinha qualquer dente obturado, oscilando entre 0-5, com uma média de 0,17.

- **Criação de uma escala para classificação do nível de comportamentos de saúde oral aplicável a amostra de adolescentes portugueses.**

A utilização da escala torna-se crucial, na medida em que permite comparar os dados de diversos alunos e compreender quais são os hábitos de saúde oral ou alimentares mais frequentes nos alunos. Esta comparação pode ser realizada a nível nacional, regional ou local, o que confere uma visão global sobre os hábitos de saúde oral e alimentares, facilitando a área de atuação nos pontos fortes e nos pontos fracos que devem ser melhorados (escovagem, número de idas ao médico dentista, ingestão de alimentos açucarados, etc.)

No processo de constituição da escala para o questionário autoaplicado, foram utilizados dados epidemiológicos de modo a operacionalizar as variáveis do mesmo, fundamentando-se nos seguintes critérios empíricos:

- ✓ **Moderada prevalência de doenças orais, nomeadamente cárie dentária, na população adolescente**

Como exposto anteriormente, a cárie dentária é uma das patologias mais frequentes em todos os grupos etários, sendo a doença crónica mais comum entre os 5 e os 17 anos de

idade, devido à interação entre fatores ambientais e hospedeiro, ou seja, uma má higiene oral na infância pode conduzir a graves consequências, tais como: favorece o aparecimento de patologias dentárias durante a infância, a juventude e a idade adulta; marca a criança psicologicamente e pode afetar a saúde em geral e a qualidade de vida da família [4].

Este facto também foi comprovado através do estudo realizado por Rodrigues e Reis (2008), onde se observou que a prevalência da cárie dentária entre as crianças portuguesas de 6 anos é de 49%, passando para 72% aos 15 anos, pelo que se torna necessário investir na melhoria dos programas de promoção da saúde oral para as crianças e jovens, de modo a prevenir as patologias orais [36].

✓ **Moderada frequência de escovagem pelo menos 2 vezes/dia**

No presente estudo verificou-se que a maioria dos alunos escova os dentes todos os dias, fazendo-o entre 1-5 vezes por dia, o que corrobora o estudo da DGS (2008), onde aproximadamente 50% das crianças com 6 anos e 67-69% dos jovens com 12 e 15 anos utilizam escova de dentes, pelo menos duas vezes por dia, com um dentífrico com fluor [3].

O facto de realizar uma escovagem diária de pelo menos 2 vezes por dia, permite remover a placa dentária e restos alimentares, devendo ser complementada com a utilização de um dentífrico com fluor [8] [40].

✓ **Utilização diária muito frequente e deficiente do fio dentário**

Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos alunos não utiliza fio dentário (n=388; 66%) e apenas 4 (0,7%) não sabem o que é o fio dentário.

Por sua vez, os alunos que usam fio dentário são em média mais novos (M=13,5, DP=1,7) do que aqueles que não usam (M=14,3, DP=1,9), o que leva a que a diferença seja estatisticamente significativa (U=29699, $p<0,001$).

A utilização do fio dentário pode complementar a escovagem, pois, auxilia na eliminação de bactérias cariogénicas e substâncias fermentáveis da superfície dos dentes, devendo ser realizado diariamente e explicado pelos pais ou cuidadores para que as crianças possam observar qual o método mais correto de utilização [65].

✓ **Recurso moderado do adolescente à consulta ao médico dentista**

No que se refere à consulta ao médico dentista, a maioria dos alunos participantes já foi a uma consulta de medicina dentária (n= 568; 96,4%), tendo sido realizada durante os últimos 12 meses (n= 361; 61,4%).

Os motivos da consulta mais frequentes eram a consulta de rotina (n= 210; 46,4%), tratamento de dentes estragados/cariados (n= 119; 26,3%), dores de dentes (n= 67; 14,8%) e outro motivo (n= 52; 11,5%).

O local escolhido para a consulta decorreu em consultório médico para (n= 370; 88,7%) e no Centro de Saúde para (n= 47; 11,3%).

Após a aplicação da escala criada, foi possível verificar que 67,9% da amostra apresenta, na sua globalidade, comportamentos de saúde oral insuficientes; 23,9% intermédia/suficiente e apenas 8,2% apresentam o que é considerado na escala como tendo uma boa classificação em termos de comportamentos de saúde oral respeitando os pressupostos definidos para a elaboração da presente escala.

Estes resultados permitem concluir que a nível escolar e familiar, devem ser realizados alguns esforços, disponibilizar apoio e supervisão no momento de higiene oral, pois, só assim a higiene oral será realizada de forma frequente e adequada. Também foi possível observar que as crianças da presente amostra, apesar de realizarem uma escovagem dos dentes diariamente, entre 1-5 vezes, não utilizam fio dentário, o que é essencial para complementar a escovagem.

Como recomendações para os jovens, pais / encarregados de educação e professores, aconselha-se o acompanhamento e supervisão das crianças mais novas na prevenção da saúde oral, nomeadamente no momento de escovagem que deve ser diário, nas consultas ao médico dentista de pelo menos duas vezes por ano, disponibilização de informações para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de higiene oral (rastreios, ações de formação, etc) e desenvolvimento/manutenção de programas nacionais da saúde oral, tais como o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) e o Projeto Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares (SOBE).

5.2. Limitações de estudo

As principais limitações encontradas durante a realização do presente trabalho englobam a limitação temporal, a inexistência de um instrumento de recolha de dados aplicado aos pais / encarregados de educação, de modo a compreender quais os hábitos que os jovens possuem em casa, no que se refere aos hábitos de higiene oral e à ingestão de alimentos açucarados.

Para futuros estudos, sugere-se a elaboração de dois instrumentos de recolha de dados, um para os jovens e outro para os pais / encarregados de educação, assim como a respetiva aplicação da escala a nível nacional para posterior comparação de variáveis sociodemográficas, hábitos de higiene oral e hábitos de alimentação.

CONCLUSÕES

6. Conclusões

Após a realização da presente dissertação, foi possível verificar que a saúde oral assume um papel de destaque na qualidade de vida dos jovens, assim como na prevenção de doenças, alimentação, mastigação, estética e relacionamentos interpessoais.

Na perceção da saúde oral, os jovens que escovam diariamente os dentes possuem uma perceção mais positiva da sua saúde oral do que os jovens que não o fazem, assim como sentem que estão melhor informados sobre a higiene e saúde oral. Isto significa que os jovens que apresentam cuidados de saúde oral mais frequentes, também percecionam que possuem uma boa saúde oral e mais informação que lhes permite prevenir e diagnosticar as patologias orais. Também se verificou que o género feminino apresenta um maior cuidado oral comparativamente aos jovens do género masculino.

A saúde oral dos jovens deve ser mais promovida pela sociedade, pais / encarregados de educação e escola, pois, existe uma prevalência de risco de doenças orais que derivam de aspetos, tais como: aspetos socioeconómicos, políticos, físicos, psicológicos, emocionais, entre outros.

Desse modo, com as medidas de prevenção de saúde oral ambiciona-se que no ano 2020, aproximadamente 80% das crianças com seis anos não manifestem cárie dentária. Esta situação já pode ser verificada em Portugal, devido à diminuição significativa da cárie dentária nas crianças e jovens durante os últimos 20 anos, através da implementação de programas de prevenção e tratamento nas escolas e nos cuidados de saúde.

A prevenção básica da saúde oral deve ser baseada numa higiene oral adequada; utilização de fluor, fio dentário, diminuição da ingestão de alimentos açucarados e pegajosos; acompanhamento das consultas ao médico dentista; informação sobre os cheques-dentista; frequência de ações de formação ou participação nos diversos rastreios que costumam ser realizados a nível nacional.

A nível escolar, com o PNSE pretende-se melhorar a saúde das crianças, jovens e restante comunidade educativa, através da monitorização da realização de exames gerais de saúde; vacinação; apoio à inclusão escolar; avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas; promoção de saúde prioritária (saúde mental, oral e sexual,

alimentação saudável, atividade física, segurança, consumo de substâncias ilícitas, doenças transmissíveis e violência em contexto escolar).

Para o efeito, através da escala para classificação do nível de comportamentos de saúde oral aplicável a amostra de adolescentes portugueses, é possível comparar os dados de diversos alunos e compreender quais são os hábitos de saúde oral ou alimentares mais frequentes nos alunos.

Em suma, a utilização da escala é relevante, uma vez que a mesma pode ser realizada a nível nacional, regional ou local, o que proporciona uma visão global sobre os hábitos de saúde oral e alimentares, facilitando a área de atuação nos pontos fortes e nos pontos fracos que devem ser melhorados (escovagem, número de idas ao médico dentista, ingestão de alimentos açucarados, etc.)

Referências Bibliográficas

7. Referências Bibliográficas

- [1] Carounanidy U, Sathyanarayanan R. Dental Caries - A complete changeover - (Part I). J. Conserv Dent. 2009; 12 (2): 46-54.
- [2] Reis J, Melo P. A cárie dentária, uma doença infecciosa. Rev Port de Saúde Públ. 2003; 21 (1):35-39.
- [3] DGS. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Programa de Promoção da Saúde Oral nas Escolas. 2008; Lisboa.
- [4] Costa C *et al.* Higiene oral na criança: Boca sã, família vigilante. Ata Med. Port. 2008; 21:467-474.
- [5] Gunn A. Dental caries: Strategies to control this preventable disease. Ata Acad. 2013; 42 (2): 117-130.
- [6] Reyes C, Dalmacio L. Bacterial diversity in the saliva and plaque of caries-free and caries-active Filipino adults. Philippine J Sci. 2012; 141: 217-227.
- [7] Lopes P. Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2012.
- [8] Daniel S, Harfst S, Wilder R. Mosby's dental hygiene: concepts, cases and competencies. 2^a Ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2008; 440-455.
- [9] Gil-Montoya J, Mello A, Cardenas C, Lopez I. Oral health protocol for the dependent institutionalized elderly. Geriatr Nurs. 2006; 27 (2): 95- 101.
- [10] Steinberg B, Hilton I, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. Dent Clin of North America. 2013; 57 (2):195-210.
- [11] Melo P, Teixeira L, Domingues J. A importância do despiste precoce da cárie dentária. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2006; 22 (3): 357-366.
- [12] Lima J. Cárie dentária: um novo conceito. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2007; 12 (6): 119-121.
- [13] Organização Mundial da Saúde (OMS). *Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal. Manual de Instruções*. 3^a Ed. São Paulo: Santos, 1991.
- [14] Matalon S, Peretz B, Sidon R, Weiss E, Slutzky H. Antibacterial properties of pit and fissure sealants combined with daily fluoride mouth rinse. Pediatr Dent. 2010; 32 (1): 9-13.
- [15] Fitzgerald R, Keyes P. Demonstration of the etiologic role of streptococci in experimental caries in the hamster. J Am Dent Assoc. 1960; 61: 9-19.

- [16] Kraglund F. Evaluation of a Caries Risk Assessment Model in an Adult Population: University of Toronto; 2009.
- [17] Guggenheim B. Scientific basis of caries prevention. In Strategy for Dental Caries Prevention in European Countries According to their Laws and Regulations, Frank R M and O'Hickey S eds, 1-19, IRL Press, Oxford, 1986.
- [18] Leites A, Pinto M, Souse E. Aspectos microbiológicos da cárie dental. *Salusvita*. 2006; 25(2): 135-48.
- [19] Bader J, Rozir R, Lohr K, Frame P. Physician's roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *American journal of preventive medicine*. 2004; 26 (4): 315-325.
- [20] Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental Caries. *Lancet* 2007; 369 (9555): 51-59.
- [21] Jacob S, Wasaki K. A influência do antibiótico na cárie infantil. 8 (2): 68-74 (Set - Nov 2014) http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_074511.pdf [consultado em 06-06-2017].
- [22] Keyes P. Present and future measures for dental caries control. *The J of the Am Dent Assoc*. 1969; 79 (6): 1395-1404.
- [23] Gomes D, Da Ros M. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Cien & S Col*. 2008; 13: 1081-1090.
- [24] Bonow M, Casalli J. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. *J Bras Odontopediatria Odontol Bebê, Curitiba*. 2002; 5 (27): 390.
- [25] Burt B, Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *J of Dent Educat*. 2001; 65 (10): 1017-1023.
- [26] Ashimoto A, Chen C, Bakker I, Slots J. Polymerase chain reaction detection of 8 putative periodontal pathogens in subgingival plaque of gingivitis and advanced periodontitis lesions. *Oral Microbiol Immunol*. 1996; 11: 266-273.
- [27] Lukacs J, Largaespada L. Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and "life-history" etiologies. *Am J of H Biol - The Off J of the H Biol C*. 2006; 18 (4): 540-555.
- [28] Ferraro M, Vieira A. Explaining gender differences in caries: a multifactorial approach to a multifactorial disease. *Int J of Dent*. 2010; 649-643.
- [29] Salonen L, Allander L, Bratthall D, Hellden L. Mutans streptococci, oral hygiene, and caries in an adult Swedish population. *J of Dent Res*. 1990; 69 (8): 1469- 1475.
- [30] Nishikawara F, Nomura Y, Imai S, Senda A, Hanada N. Evaluation of cariogenic bacteria. *Europ J of Dent*. 2007; 1 (1): 31-39.

- [31] Baldani M, Antunes J. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná. *Cad. Saúde Pùb.* 2002; 18 (3).
- [32] Magalhães S, Marques P. Prevenção da Endocardite Bacteriana – Que mudanças no futuro? *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 2005; 46: 119-125.
- [33] Harvard Medical School Portugal. O que é a endocardite? <https://hmsportugal.wordpress.com/2011/11/01/o-que-e-a-endocardite-2/#more-2218> [consultado em 01-07-2017].
- [34] Kleinberg, I. A mixed-bacteria ecological approach to understanding the role of oral bacteria in dental caries causation: an alternative to *Streptococcus mutans* and specificplaque hypothesis. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2002; 13: 108-125.
- [35] Dias A, Gonçalves A, Caldeira L, Fernandes D, Ribeiro J. Prevalência da cárie Dentária nas crianças observadas nas consultas de Exame global de saúde dos 5/6 anos e fatores associados: Estudo DENTEX. *Rev Port Med Geral e Familiar.* 2013; 29(3):200-201.
- [36] Rodrigues A, Reis P. Escovagem de dentes em ambiente escolar e cárie dentária: um estudo de coorte. *Rev Port Med Geral e Familiar.* 2012; 28(6): 403-408.
- [37] Oliveira L, Sheibam A, Bonecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci.* 2008; 116: 37-43.
- [38] Bastos J, Gigante D, Peres K, Nedel F. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Cien Saude Colet.* 2007; 12 (6): 1611-1621.
- [39] Hobdell M. Poverty, oral health and human development. *J Am Dent Assoc.* 2009; 9 (2): 27-30.
- [40] Hattne K, Folke S, Twetman S. Attitudes to oral hearth among adolescents with high caries risk. *Acta Odont Scand.* 2001; 65: 206-213.
- [41] Pereira A. Odontologia em Saúde Coletiva - Planejando ações e promovendo saúde. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2003.
- [42] Sambunjak D, Nickerson J, Poklepovic T, Johnson T, Imai P, Tugwell P, et al. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (12)
- [43] Crocombe L, Broadbent J, Thomson W, Brennan D, Poulton R. Impact of dental visiting trajectory patterns on clinical oral health and oral health-related quality if life. *J Public Health Dent.* 2012; 72: 36-44.

- [44] Ravaghi V, Quinonez C, Allison P. Oral pain and its covariates: findings of a Canadian population based study. *J Can Dent Assoc.* 2013; 79:83.
- [45] Hayden C, Bowler J, Chambers S, Freeman R, Humphris G, Richards D, et al. Obesity and dental caries in children: systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41 (4): 289-308.
- [46] Silva A, Menezes A, Demarco F, Vargas-Ferreira F, Peres M. Obesity and dental caries: systematic review. *Rev Saude Publica.* 2013; 47 (4): 799-812.
- [47] Zaborski A, Milciuvienė S, Bendoraitienė E, Zaborskys A. Oral health behaviour of adolescents: A comparative study in 35 countries. *Stomatologija* 2004, 6, 44–50.
- [48] Organização Mundial de Saúde (WHO). The World Oral Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century – The approach of the WHO Global Oral Health Programme World Health Organization. Geneva: WHO; 2003.
- [49] Direcção Geral de Saúde. Programa de saúde oral ao longo do ciclo de vida – Circular Normativa. *Acta Ped Portug.* 2005; 36 (1):
- [50] American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Early Childhood Caries (ECC). In: *Definitions*, p. 15. [Em linha]. 2008. http://www.aapd.org/assets/1/7/D_ECC.pdf [consultado em 01-07-2017].
- [51] Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C, Guedes-Pinto. Cárie precoce da infância – o estado da arte. 2010; 41 (5): 217-221.
- [52] Silva C, Basso D, Locks A. Alimentação na primeira infância: Abordagem para a promoção da saúde bucal. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010; 7 (4): 458-465.
- [53] Wigen T, Wang N. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Norsk Epidemiologi.* 2012; 22 (1): 13-19.
- [54] Corrêa-Faria P, Martins-Júnior P, Andrade R, Marques L, Ramos-Jorge M. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. *Braz Oral Res.* 2013; 27 (4): 356-362.
- [55] Gomes M, Pinto-Sarmiento T, Costa E, Martins C, Granville-Garcia A, Paiva S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health qual. life outomes.* 2014: 12:55.
- [56] Al-Otaibi M. The miswak (chewing stick) and oral health. *Studies on oral hygiene practices of urban Saudi Arabians.* *Swed Dent J Suppl* 2004; 167: 2-75
- [57] Minah, G., et al. Evaluation of an early childhood caries prevention program at an urban pediatric clinic. *Pediatr Dent.* 2008; 30: 499-504.

- [58] Williamson, R, et al. Association between early childhood caries and behavior as measured by the child behavior checklist. *Pediatr Dent* 2008; 30: 505-509.
- [59] Losso E, Tavares M, Silva M, Urban C. Severe early childhood caries: An integral approach *J Pediatr*. 2009; 85: 295-300.
- [60] Talekar B, Rozier R, Slade G, Ennett S. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136: 364-372.
- [61] Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C. Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2008; 39:163-170.
- [62] Gomez S, Weber A. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Pediatr Dent*. 2001; 11: 117-122.
- [63] Krol D. Educating pediatricians on children's oral health: past, pre - sent and future. *Pediatrics*. 2004; 113: 487-492
- [64] Lewis C, Grossman D, Domoto P, Devo R. The role of the paediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics*. 2000; 106: 184.
- [65] Castilho A, Mialhe F. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. 2013; 89 (2): 116-123.
- [66] Barata, C. et al. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescente do concelho de Mangualde. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac*. 2012; 54 (1): 27-32
- [67] Pereira, C. et al. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev. Port. Saúde Pública*. 2013; 31 (2): 158-165
- [68] Direção-Geral da Educação. Saúde oral. [Em linha]. 2017. <http://www.dge.mec.pt/saude-oral> [consultado em 01-07-2017].
- [69] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. [Em linha]. 2016. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-promocao-de-saude-oral.aspx> [consultado em 01-07-2017].
- [70] Circular Normativa nº 1. Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde, 2005.
- [71] Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B. Orientação nº 007/2011 de 25 de março. Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde, 2005.
- [72] Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho nº 12889/2015. (2.^a série). Diário da República n.º 233, de 13 de novembro de 2015. Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde, 2015.

- [73] Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho n.º 8591-B/2016. (2.^a série). Diário da República n.º 125, de 1 de julho de 2016. Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde, 2016.
- [74] Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho n.º 153/2005 (2.^a série). Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005. Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde, 2005.
- [75] Serviço Nacional de Saúde. Saúde oral. [Em linha]. 2017. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-oral/> [consultado em 01-07-2017].
- [76] Oliveira R, Souza J, Oliveira C, Oliveira L, Pelino J, Martins A, Almeida E. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. Cienc & Saúde Colet. 2015; 20 (1).
- [77] Martins V, Abrantes F, Miasato J. (2008). Professores como uma importante fonte de informação e promoção de saúde bucal. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 8 (1), 27–30.
- [78] Silva S, Pereira A. Análise da aplicação do Programa de Promoção da Saúde Oral nas escolas de Castelo Branco. In C. M. Almeida, L. Barros, I. D. Costa, & M. d. Alves, Promoção da Saúde Oral - Contributos para a organização e aplicação de programas (pp. 145 - 12). Lisboa: Coisas de Ler Lda, 2010.
- [79] Castro E. Programa de Saúde Oral: Evolução, Instrumentos e Resultados. [Tese de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho, 2012.
- [80] Vasconcelos R, Matta M, Pordeus I, Paiva S. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. Braz Dent Scienc. 2010; 4 (3).
- [81] Arago A. et al., 2010. Conhecimento de professores das creches municipais de João Pessoa sobre saúde bucal infantil. Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada. 2010; 10 (3): 393-398.
- [82] Oom P. Prevenção e controlo de doenças – Saúde Oral. In: Oom, P. (Ed.). O plano de saúde das crianças. Lisboa, Sociedade Editorial, pp. 85-90, 2012.
- [83] Garcia R, Sohn W. The paradigm to prevention and its relationship to dental education. J of Dent Educ. 2012; 76 (1): 36-45.
- [84] Direcção-Geral da Saúde. SOBE. [Em linha]. [www.sobe.pt: http://www.sobe.pt/epages/2933-120726.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/2933-120726/Categories/SOBE](http://www.sobe.pt/epages/2933-120726.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/2933-120726/Categories/SOBE) [consultado em 01-07-2017].
- [85] Reis E. Estatística descritiva. Lisboa: Edições Sílabo, 1998.

- [86] Allison P. Missing data. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in Social Sciences, 07-136. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.
- [87] Agresti A. Categorical Data Analysis. 2ªEd. New York: Wiley, 2002.
- [88] Corder G, Foreman D. Nonparametric statistics for non-statisticians: A step-by-step approach. New Jersey: Wiley & Sons, 2009.
- [89] Pestana e Gageiro (2004).
- [90] Barreto M. et al., Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. Ciênc & Saúde Colect. 2010; 15 (2): 1-9.
- [91] Ferreira M, Torgal M. Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. Revista. Latino Americana de Enfermagem. 2010; 18 (2).
- [92] Hibell, B et al. The 2011 Espad Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, May 2012. [Em linha] http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2012/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf [consultado em 01-07-2017].
- [93] OMS (2012).
- [94] Almeida C. et al. Changing oral health status of 6 and 12 years old schoolchildren in Portugal. Comm Dent Health. 2003; 20: 211-216.
- [96] Poutanen R, Lahti S, Seppa L, Tolvanen M, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, behavior, and family characteristics among Finnish schoolchildren with and without active initial caries lesion. Acta Odontol Scand. 2007; 65:87-96.

ANEXO – Questionário aplicado



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-VISEU

Questionário nº _____

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pretende realizar um estudo epidemiológico com o objectivo de determinar a prevalência de doenças orais e caracterizar os comportamentos de saúde oral da população.

Para tal, solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às seguintes questões que serão colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deves assinar nem rubricar o questionário. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixes nenhuma questão por responder.

Gratos pela colaboração.

Dados sócio-demográficos

1 – Género

☐ Masculino

☐ Feminino

2 – Qual o ano lectivo que frequentas? _____ ano.

3 – Idade _____ anos

4 – Onde resides?

☐ Aldeia

☐ Vila

☐ Cidade

5 – Quantas pessoas vivem em tua casa? _____ pessoas

6 – Quantas assoalhadas (quartos e salas) tem a casa onde vives? _____

7 – Quais as habilitações literárias dos teus pais?

	Pai	Mãe
< 4 anos		
4 – 6 anos		
7 – 9 anos		
10 – 12 anos		
Bacharelato		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

8 – Quem é o teu encarregado de educação?

☐ Mãe/Pai

☐ Tia/Tio

☐ Avós

☐ Outros

9 – Quais as habilitações literárias do teu encarregado de educação?

	Encarregado de Educação
< 4 anos	
4 – 6 anos	
7 – 9 anos	
10 – 12 anos	
Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

Hábitos alimentares e sociais / Saúde oral

1 – Consomes bebidas alcoólicas?

- ☐ Não
☐ Sim, ocasionalmente
☐ Sim, todas as semanas
☐ Sim, todos os dias

2 – És fumador?

- ☐ Não ☐ Sim

2a – Se respondeste sim, em média, quantos cigarros fumas por dia? _____ cigarros

3 – Como descreves a tua saúde oral?

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Muito fraca
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

4 – Consideras-te informado sobre higiene oral/saúde oral?

<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

5 – Escovas os dentes todos os dias?

- ☐ Não ☐ Sim

5a – Se escovas todos os dias, quantas vezes escovas os dentes por dia? _____ vezes

6 – De cada vez que fazes a tua higiene oral, em média, quanto tempo demoras? _____ minutos.

7 – Quando é que escovas os dentes (podes assinalar mais do que uma)?

- ☐ Manhã
☐ Ao fim do almoço
☐ Ao fim do lanche
☐ Ao fim do jantar
☐ Antes de deitar

8 – Como realizas a tua higiene oral?

- ☐ Escovo as gengivas, dentes e língua
☐ Escovo os dentes e a língua
☐ Escovo os dentes e a gengiva
☐ Escovo apenas os dentes

9 – Onde aprendeste a escovar os dentes?

- ☐ Em casa
☐ Na escola
☐ No centro de saúde
☐ No consultório do médico dentista
☐ Através da televisão
☐ Não sei

10 – Utilizas uma pasta de dentes com flúor?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não sei/não me lembro.

11 – Em relação à escovagem, sabes escovar os dentes de forma correcta?

- ☐ Não
☐ Razoavelmente
☐ Sim

12 – Costumas utilizar o fio dentário?

- 0 ☐ Não
1 ☐ Sim, às vezes
2 ☐ Sim, diariamente
3 ☐ Não sei o que é o fio dentário

13 – Alguma vez foste consultado(a) por um médico dentista?

- 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

14 – Nos últimos 12 meses foste consultado(a) por um médico dentista?

- 0 ☐ Não
1 ☐ Não sei/não me lembro
2 ☐ Sim. Quantas vezes? _____

15 – Qual o motivo da consulta?

- 1 ☐ Rotina/consulta de prevenção (limpeza, selantes...);
2 ☐ Dor de dentes;
3 ☐ Cara inchada;
4 ☐ Tratar dentes estragados/cariados;
5 ☐ Outro. Qual? _____

16 – Onde decorreu essa consulta?

- 1 ☐ Centro de saúde
2 ☐ Consultório/clínica privada.

17 – Utilizaste algum “cheque-dentista”?

- 0 ☐ Não
1 ☐ Sim
2 ☐ Não sei/não me lembro.

18 – Tens medo em ir à consulta do médico-dentista?

- 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

19 – Sabes o que é um selante de fissuras aplicado nos dentes pelo médico dentista?

- 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

20 – Alguma vez o médico dentista colocou selante de fissuras nos teus dentes?

- 0 ☐ Não
1 ☐ Sim
2 ☐ Não sei/não me lembro.

21 – Nos últimos 12 meses, tiveste dor de dentes?

- 0 ☐ Não
1 ☐ Sim. Quantos? _____ dentes.

22 – Nos últimos 12 meses as tuas gengivas sangraram ou doeram durante a escovagem dos dentes?

0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim, às vezes	2 <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	3 <input type="checkbox"/> Sim, sempre
--------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------

23 – Nos últimos 12 meses alguma vez tiveste as gengivas inflamadas (avermelhadas)?

0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim, às vezes	2 <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	3 <input type="checkbox"/> Sim, sempre
--------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------

24 – Costumas tomar o pequeno-almoço:

- 0 ☐ Nunca
1 ☐ Raramente
2 ☐ Sim, às vezes
3 ☐ Todos os dias

25 – Costumas comer alimentos açucarados?

- ☐ Não
- ☐ Raramente
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Todos os dias.

26 – Quando é que costumavas comer alimentos açucarados?

- ☐ Após as refeições
- ☐ Entre as refeições
- ☐ Antes de ir dormir.

27 – Na tua opinião, o que comes influencia a tua saúde oral?

- ☐ Não
- ☐ Influência pouco
- ☐ Sim

28 – A água que bebes em casa é:

- ☐ Da rede;
- ☐ Do poço;
- ☐ Engarrafada;
- ☐ Não sei.

29 – Tomaste alguma vez comprimidos de flúor?

- ☐ Não;
- ☐ Sim;
- ☐ Não sei.

30 – Fizeste alguma vez bochechos com flúor?

- ☐ Não;
- ☐ Sim;
- ☐ Não sei.

30.1 – Se sim, onde é que fizeste os bochechos com flúor?

- ☐ Em casa;
- ☐ Na escola;
- ☐ Outro local. Onde? _____.

32 – Durante uma consulta, o médico dentista colocou-te um gel de flúor nos dentes?

- ☐ Não;
- ☐ Sim;
- ☐ Não sei.

Obrigado pela tua colaboração!